

TRABAJO FIN DE GRADO

**Programa de intervención para un sujeto escolar
con disfemia.**

Intervention program for a student with stutter.

Autora

Natalia Pina Núñez

Directora

María Jesús Cardoso Moreno

Grado de Magisterio en Educación Infantil

Facultad de Educación, Zaragoza

Curso 2015/2016

Índice

	Pág.
Resumen / Abstract	1
Introducción y justificación	3
El lenguaje	6
Trastornos del lenguaje y habla	10
La disfemia	13
¿Qué es?	13
Inicio	15
Tartamudez evolutiva y disfemia	17
Sintomatología	20
Clasificación	25
Causas	26
Prevalencia e incidencia	31
Intervenciones que se realizan	33
Factores que favorecen y atenúan la disfemia	37
Metodología	40
Sujeto	40
Material	42
Procedimiento	44
Principios del programa	44
Pautas a seguir	45
Objetivos	46
Sesiones	47

Resultados	54
Conclusiones y discusión	58
Conclusión personal	58
Discusión	61
Referencias bibliográficas	64
Anexos	70
Anexo 1. Dibujo libre	70
Anexo 2. Dibujo fonema /b/	70
Anexo 3. Dibujo fonema /d/	71
Anexo 4. Dibujo fonema /f/	71
Anexo 5. Dibujo fonema /c-z/	72
Anexo 6. Dibujo fonema /p/	72
Anexo 7. Dibujo de un dinosaurio	73
Anexo 8. La rana que no sabía croar	73

Resumen

Introducción: La disfemia es un trastorno de habla caracterizado por la dificultad a fluidez de la emisión de la palabra que afecta a un elevado número de personas de la población y que, generalmente, influye en su capacidad de relación con los demás.

Aportaciones teóricas: A pesar de las contribuciones de los distintos investigadores y profesionales, sus causas aún son desconocidas y, actualmente tampoco contamos con un tratamiento eficaz que elimine el trastorno en su totalidad. **Intervención:** Basada en la disminución de los síntomas de la disfemia, tanto principales como secundarios, a través del uso de elementos y recursos motivadores para el participante de seis años,

tales como el dibujo, cuentos o canciones. **Resultados:** Los progresos en autoconfianza así como en lectura comprensiva y el acompañamiento de gestos, convirtieron un habla monótona en una con variaciones de tono y volumen, mientras que la conversación espontánea seguía estando afectada por las disfluencias. **Conclusiones:** La importancia de una intervención temprana que incluya y motive tanto al niño como a su familia, es fundamental para aminorar los síntomas del trastorno y obtener resultados positivos.

Palabras clave: Disfemia, disfluencias, niño, entorno, trastorno, intervención.

Abstract

Introduction: Stutter is a speech disorder. It is characterized by the difficulty to speak fluently. Stuttering affects many people of the population. Also, it usually damages social relations between people. **Theoretical contributions:** Many professionals and researchers have tried to find a solution for this disorder but its causes are unknown. Nowadays we don't have an effective treatment that solves this disorder at all.

Intervention: The intervention is the reduction of the main and secondary symptoms of stammer. We have used motivating elements and resources such as drawing, stories and

songs for the child. **Results:** Although the spontaneous conversation is still affected for the disfluencies, the child's self-confidence and some comprehensive reading using gestures have achieved a speech with variations of tone and sound. **Conclusions:** It is very important an early intervention that includes and motivates the child and his family to reduce the symptoms of the disorder and obtain positive results.

Key words: Stuttering, disfluencies, child, environment, disorder, intervention.

Introducción y justificación

Introducción

El lenguaje es el medio de comunicación y representación por excelencia y se trata de un conjunto de símbolos y signos aprendidos, de acuerdo a las normas que la comunidad determina. Éstos suelen ser adquiridos por todos los individuos de forma innata, con la necesidad y finalidad de interactuar con los demás.

Sin embargo, en muchas ocasiones, nos encontramos con sujetos que presentan desviaciones o alteraciones en el desarrollo óptimo de esta actividad. Estas alteraciones pueden ser trastornos del lenguaje, donde el problema principal radica en la falta de adquisición del lenguaje y del dominio de uno o todos sus componentes; o, por otro lado, podemos encontrarnos con personas que presentan un trastorno de habla, donde el disturbio se encuentra en la incorrecta articulación y, por tanto, emisión de los fonemas de la lengua (Zorzi, 2012). Dentro de esta clasificación, encontramos un trastorno denominado disfemia, tradicionalmente llamado “tartamudez”, término que se ha ido eliminando progresivamente por las connotaciones peyorativas que sustenta.

La disfemia es un trastorno del habla con alta prevalencia y, en términos generales, podría definirse como la dificultad (dis-) en el freno (-femia) de la palabra.

Es por ello, que el presente trabajo incide en las características principales que, según diversos autores, definen este déficit: qué es, cuáles son las posibles causas influyentes en que aparezca, prevalencia e incidencia del mismo, síntomas que lo definen y los tratamientos generalmente utilizados.

Pero, principalmente, tiene como finalidad realizar una intervención con un niño escolar de seis años de edad, con el objetivo de paliar los síntomas principales y secundarios que ostenta debido a la disfemia.

Justificación

Esta patología ha estado presente desde la antigüedad, y ya Aristóteles afirmaba que se trataba de un trastorno en el que la lengua era la culpable, al no tener la velocidad suficiente en comparación con el pensamiento. Sigmund Freud, sin embargo, lo atribuía a trastornos psíquicos.

Se trata, por tanto, de un trastorno de habla muy frecuente en la sociedad, con una prevalencia de un 1%, que supone 40.000.000 de personas en todo el mundo (Bloodstein, 1995 y Rodríguez-Morejón, 2009).

Los sujetos disfémicos, generalmente, además de la dificultad para hablar fluidamente, presentan bloqueos y movimientos asociados así como otros problemas secundarios derivados de la propia disfemia, como fracaso escolar, deterioro en las relaciones sociales, etc.

Rondal (1982) otorga un papel fundamental a la escuela, como medio de desarrollo y adquisición del lenguaje posterior al contexto familiar. Es un entorno en el que, en muchas ocasiones, se revelan los problemas del lenguaje. Además, se trata de un período de la vida del niño en el que está desarrollándose a nivel global y debe adoptar determinadas posturas frente a las situaciones y asumir las normas y pautas que la sociedad impone, adaptando sus conductas a las mismas.

Monfort y Juárez (2013) insisten en la importancia de proporcionar al niño situaciones de experimentación y manipulación para que, a través de la investigación, se plantee preguntas, necesite respuestas y se desarrolle, por tanto, el proceso de comunicación con los demás. Es por ello que la familia y los adultos que rodean al niño deben atender e intervenir conjuntamente para dar solución ante esas situaciones.

Resulta, por tanto, indiscutible la importancia de conocer la situación individual de cada niño para poder intervenir y dar una respuesta adecuada de acuerdo a las

necesidades que presenta. Muchas son las personas que padecen disfemia y debemos conocer qué favorece a estas personas y ofrecer la ayuda pertinente para que puedan desarrollarse y afrontar las situaciones como cualquier otro individuo que no padece este trastorno. Sin embargo, cada sujeto presenta unas características muy dispares, aunque las principales de este trastorno son las repeticiones de sonidos, palabras o frases y demora de sonidos, así como bloqueos espasmódicos.

El lenguaje

El lenguaje, así como toda situación comunicativa, se da en un contexto determinado y a través de la interacción. Inicialmente, el contexto principal en el que se produce el intercambio comunicativo es la familia (Salgado, 2004). Posteriormente, juega un papel importante tanto la escuela como el grupo de pares. Es fundamental señalar que a hablar se aprende hablando, por lo que el adulto debe proporcionar al niño situaciones de aprendizaje para que el lenguaje se desarrolle adecuadamente, siguiendo las pautas y normas lingüísticas que rigen una determinada comunidad de hablantes.

Cabe destacar que, dentro de la comunicación humana, la cual se da a través de un lenguaje de doble articulación, podemos utilizar elementos verbales, que hacen referencia a la parte expresiva y comprensiva y elementos no verbales, que engloban los códigos mímicos, comportamentales, musicales, etc. que utilizamos igualmente para comunicarnos con los demás.

Por tanto y siguiendo las ideas de Monfort y Juárez (2013), resulta obvio que el lenguaje es nuestro sistema de comunicación por excelencia, ya que estructura y condiciona el pensamiento: ofrece al individuo la capacidad de expresarse y representar su actividad mental.

Es importante que, durante el proceso de interacción con el niño, el adulto actúe como modelo e introduzca correcciones en el lenguaje del niño para el posterior desarrollo óptimo del mismo: desde repetir las palabras emitidas por el niño pero de manera correcta y utilizando estructuras más completas, hasta añadir palabras y frases a lo que el niño ha producido. Debemos introducir cantidad y calidad de estímulos para el desarrollo del lenguaje, ya que el entorno y ambiente que rodea al niño será determinante a la hora de adquirir este aprendizaje (Monfort y Juárez, 2013).

Piaget (1983) propuso una teoría en la que afirmaba que los elementos del lenguaje no se aprendían desde el nacimiento o en el medio ambiente, si no que eran contruidos a través de las experiencias del niño. Inicialmente, el lenguaje del niño es fundamentalmente egocéntrico, así como su pensamiento. Sin embargo, Vygotski (1964) atribuía el desarrollo del lenguaje a una interacción del niño con el medio, dada en un contexto social y cultural.

En la actualidad, se defiende la interacción directa con otras personas para que la actividad verbal pueda producirse. Estas relaciones son las que hacen que el lenguaje evolucione y adopte las formas correctas según las circunstancias (Peña-Casanova, 2005). Por tanto, se atribuye un papel activo tanto al sujeto como a su entorno, en el que adquiere las formas lingüísticas propias de su comunidad. Los contextos preferentes para el desarrollo de la comunicación y lenguaje son el familiar y escolar (Bates, 1976; Moerk, 1983 y Del Río, 1988).

Tabla 1

Adquisición del lenguaje

EDAD	CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES
0 a 1 año: prelenguaje	Vocalizaciones que adquieren sentido progresivamente y comprensión de las primeras palabras provenientes del entorno.
1 año a 2 años y medio: primer desarrollo sintáctico	Primeras palabras funcionales, así como frases de dos y hasta tres elementos, a través de un “habla telegráfica”. Produce un menor número de palabras de las que puede comprender.
2 años y medio a 4 años y medio: expansión gramatical	El niño incorpora estructuras complejas en su lenguaje. Utiliza hasta 1000 palabras nuevas y emplea frases de tres o más palabras.
Más de cuatro años: últimas adquisiciones	Las estructuras van perfeccionándose. Pocos errores gramaticales.

Tabla adaptada de Peña-Casanova (2005)

Como ya hemos dicho anteriormente, la aparición del lenguaje se da en un contexto determinado, de acuerdo a unos códigos y criterios establecidos en la comunidad en que se vive. Para la adquisición total del lenguaje, Clemente (1995) establece una clasificación, que se muestra a continuación:

Tabla 2

Componentes del lenguaje.

CONTENIDO	Semántica	Conocimiento de sustantivos y sus clases, relaciones de objetos (atribución, existencia, posesión,...), relaciones de eventos (temporales, causales,...)
FORMA	Fonología	Segmental (fonética-fonemas, sílabas,...), o suprasegmental (entonación, pausas)
	Morfología	Tipos de palabras (verbos, adjetivos, nombres, etc.) y flexiones (género y número)
	Sintaxis	Orden de las palabras.
USO	Pragmática	Función intrapersonal (lenguaje egocéntrico, resolución de tareas,...) o interpersonal (pedir objetos, preguntar, etc.)

Tabla adaptada de Clemente (1995)

Por tanto, el niño desde que nace tiene la necesidad de comunicar sus deseos y llamar la atención de los demás y, para ello, tiene que existir un contenido, es decir, multitud de ideas, emociones y experiencias que pretende transmitir. Además, debe dominar los aspectos morfosintácticos y fonológicos de la lengua (Zorzi, 2012).

Sin embargo, durante el desarrollo de este proceso y la adquisición de estos aprendizajes, podemos encontrar desviaciones y alteraciones en el lenguaje que equivaldrían a los trastornos o patologías existentes en la actividad lingüística (Lezak, 1983). Los factores que parecen incidir en la aparición de estas alteraciones, son

orgánicos o psicológicos (Bouton, 1976; Launay y Borel-Maisonny, 1979 y Crystal, 1983).

En la actualidad, estas alteraciones del lenguaje y la comunicación, se clasifican en dos tipos de trastornos: del lenguaje y del habla (Zorzi, 2012). A continuación se explica la diferencia entre cada uno de ellos.

Trastornos del lenguaje y habla

Los trastornos del lenguaje son dificultades que alteran la calidad comunicativa, por la incapacidad de reproducir y emitir el discurso adecuadamente. Hace referencia a la manera en que estructuramos y procesamos el lenguaje. En muchas ocasiones, estos disturbios van asociados a deficiencias mentales (Zorzi, 2012).

Por otro lado, los trastornos del habla son alteraciones en la fisiología rítmico-articulatoria de la palabra que afectan a la articulación y pronunciación de los fonemas única y exclusivamente (Lizandra, 2007). Pueden deberse a una indiferenciación auditiva del sonido o a dificultades en el movimiento tónico-práxico, pero no muestra ninguna otra alteración en la estructura del pensamiento. Las características más frecuentes en la emisión de los fonemas son la distorsión, omisión, sustitución o adición de un sonido que no debería estar presente, pero las estructuras generales, así como los nexos, están correctamente aplicados (Monfort y Juárez, 2013).

Esta diferenciación ha sido siempre centro de discusión ya que, como afirma Zorzi (2012), en numerosas ocasiones se califica como trastorno del lenguaje algo que es un problema de habla y viceversa.

Los **trastornos del lenguaje** podrían clasificarse de la siguiente manera:

- Retraso del lenguaje: desfase cronológico en los componentes del lenguaje, a una edad en que se considera normal (Aguado, 2006) y en ausencia de otras alteraciones (un niño que entre 12 y 24 meses no comprende ordenes sencillas o no emite sonidos de manera innata, o que presenta un lenguaje menos elaborado de lo que debería a la edad de tres años y medio, etc.) (Zorzi, 2012). La comprensión funciona mejor que la producción del lenguaje (Aguado, 2006).
- Trastorno Específico del Lenguaje (TEL): a este grupo pertenecen los niños que, sin lesión orgánica y con edad elevada, presentan un lenguaje muy restringido

(Belinchón, 2004 y Mendoza, 2001). Pueden existir también problemas de comprensión. Las personas con este trastorno tienen conflictos para elaborar el lenguaje, omitiendo nexos y presentando agramatismo (Belinchón, 2004). Como ya hemos dicho, el niño no debe tener ningún sustrato neuronal evidenciable, es decir, que tenga un nivel auditivo normal, un CI superior a 85, sin alteraciones neurológicas y sin problemas motores y debe existir un año o más de retraso en el desarrollo del habla. Los principales síntomas que caracterizan este trastorno son: retraso en la aparición de las primeras palabras del lenguaje (primeras palabras a los 3 o 4 años); dificultades de comprensión; no respeta el orden y las etapas del desarrollo normal; audición normal; asincronías en el desarrollo de los distintos componentes del lenguaje (Zorzi, 2012).

- Afasia: trastorno del lenguaje debido a un desorden cerebral, que consiste en la incapacidad para usar los elementos del habla o del lenguaje (Salgado, 2004). Afecta tanto a la expresión como a la comprensión. La afasia, como define Zorzi (2012), puede ser congénita, definida como la utilización de pocas palabras en la fase de expresión tras superar el periodo de adquisición (más de cuatro años), cuyas alteraciones se dan en ausencia de sordera o problemas motrices o intelectuales; o adquirida, que es la pérdida total o parcial del lenguaje en niños menores de diez años por culpa de una lesión cerebral adquirida, aunque igualmente suelen pasar posteriormente por un período de recuperación espontánea.
- Mutismo selectivo: incapacidad o dificultad para hablar en determinados contextos y ante determinadas personas, que hacen que el sujeto se retraiga y sea incapaz de hablar (Simms, 2016)

Los **trastornos del habla** englobarían las siguientes alteraciones:

- Dislalia: trastorno consistente en la impropia articulación de uno o varios fonemas, por ausencia o alteración (Lizandra, 2007). Generalmente, se superan de manera espontánea. Peña-Casanova (2005) incide en que las dislalias no engloban los errores cometidos por el poco dominio de una segunda lengua.
- Disartria: dificultad en la articulación del fonema como consecuencia de un fallo en el sistema nervioso o neurológico (central o periférico) (Sangorrín, 2005)
- Disprosodia o taquilalia: velocidad exagerada en la emisión del lenguaje que facilita la omisión de palabras o letras al hablar. En estos casos, el sujeto no es consciente de su bloqueo (Lizandra, 2007).
- Trastornos fonológicos: el niño presenta un trastorno fonológico cuando se producen alteraciones de la pronunciación durante la expresión espontánea, a pesar de que sea capaz de producir aisladamente los elementos fonéticos implicados (Zorzi, 2012).
- Disglosia: alteración debida a una lesión en alguno de los órganos bucofonatorios, que se produce en el período de embriogénesis (0-3 meses). Puede afectar a la nariz, lengua, labios, paladar, etc. (Peña-Casanova, 2005).
- Disfemia: dificultad en el freno de la palabra, sin anomalía en los órganos fonadores y acompañada, generalmente, de espasmos y bloqueos que sólo se dan en el intercambio comunicativo (Lizandra, 2007). El sujeto no es capaz de realizar correctamente los movimientos necesarios para articular un fonema (Monfort y Juárez, 2013).

La disfemia

¿Qué es?

La disfemia es un trastorno del habla que afecta a la comunicación, debido a una falta de coordinación motriz de los órganos fonadores, acompañado de una serie de espasmos que impide la velocidad y fluidez normal de la palabra sin que existan problemas orgánicos (Gallardo y Gallego, 2003). La persona que lo padece presenta síntomas como repetición de sonidos, sílabas o palabras; bloqueos; prolongaciones de sonidos; interjecciones; aumento del tono muscular de los órganos que participan en la emisión de la palabra; circunloquios, etc. Se trata de un trastorno audible y visible, por lo que resulta incómodo tanto al propio sujeto como al oyente (Yuker, 1988; Bloodstein, 1995 y Westbrook, Bauman y Shinnar, 1992). Aún con ello, cada persona es un mundo, por lo que es habitual que haya diferencias de un sujeto a otro y presenten los síntomas con diferentes características entre ellos.

Como hemos comentado anteriormente, la disfemia es un trastorno que ha existido en todas las épocas y generaciones, al igual que sabemos que los factores del entorno influyen directamente sobre el problema (Bloodstein, 1995). Sin embargo, todavía se desconocen las causas y tampoco existe unanimidad en la definición de dicho problema. Hay expertos que la definen describiendo sus síntomas y otros refiriéndose a su origen. A continuación se exponen diversas definiciones que distintos investigadores defienden.

Autores como Van Riper (1973), Herbert (1988), Cooper (1993) y Shapiro (1999) afirman que este trastorno, al darse en un determinado contexto comunicativo, aparece como consecuencia de factores sociales y psicológicos, lo que se traduce en cómo afecta y la reacción que tiene el hablante ante sus interrupciones en el ritmo de la

palabra, así como la reacción del oyente, lo que genera en el individuo dificultades tanto emocionales como de relación con los demás.

Haciendo referencia a la fluidez verbal, Silverman (1996), Starkweather (1987) y Ham (1999) se refieren a ella como la emisión del habla sin ningún tipo de esfuerzo, por lo que la disfemia vendría dada como la ausencia de esta fluidez y la presencia de esfuerzos excesivos para producir el habla. Ham (1999) añade, además del esfuerzo, la continuidad con la que estas disfluencias aparecen, que no son propias para la edad del sujeto, mientras Shapiro (1999) señala que la fluidez no es lo contrario a disfemia porque todos, en algún momento, presentamos episodios de tartamudez o bloqueo a la hora de hablar.

Stournaras (1987) va más allá y habla de la disfemia como un trastorno en el que, además de la falta de fluidez en la emisión del habla, se suman otros factores que acompañan a estas disfluencias. La persona disfémica utiliza otras actividades motrices y muestra tensión en su rostro y órganos fonatorios, además de presentar una baja autoestima por las repercusiones que, socialmente, conllevan estos problemas.

La definición de disfemia de Wingate, (1997, p. 488) afirma que ésta: Se trata de interrupciones en la fluidez de la expresión verbal y que se caracteriza por involuntarias repeticiones o prolongaciones, audibles o silenciosas al pronunciar pequeños elementos de la palabra (sonidos, sílabas o palabras monosilábicas). Estas alteraciones o son muy frecuentes o tienen un carácter muy marcado y no son fácilmente controlables. Algunas veces las interrupciones se acompañan de actividades accesorias involuntarias del aparato del habla dando la apariencia de que el habla se relaciona con esfuerzo. También es frecuente encontrar indicadores de la presencia de estados emocionales que van desde la excitación o tensión a emociones específicas de naturaleza negativa como miedo, irritación o similares.

Culatta y Goldberg (1995, p. 7), hacen una descripción más generalizada y definen la disfemia como:

Un trastorno comunicativo de desarrollo que se inicia en la infancia, de origen desconocido, cuyo resultado es que la persona desarrolla una visión del proceso comunicativo diferente a los hablantes normales debido a experiencias con factores visibles o encubiertos que distorsionan la comunicación normal.

Inicio

El comienzo del problema suele darse entre los dos y cinco años, generalmente de manera progresiva (Fundación Española de la Tartamudez, 2008). En un principio, las disfluencias podrían tratarse solamente de errores propios de la edad, en un momento en que se está adquiriendo el lenguaje. Mahr y Leith (1992) señalan que, si el trastorno se desarrolla posteriormente, en la edad adulta, éste sería como consecuencia de acontecimientos psicológicos o problemas cerebrales.

Es importante señalar que, entre los dos y cinco años, el niño está desarrollando su lenguaje y es probable que carezca de suficiente fluidez, hasta el momento en que aprende a ordenar y estructurar palabras y frases. A esta edad, el sujeto todavía no es consciente de sus bloqueos y es probable que las situaciones de tensión sean menos frecuentes. Sin embargo, a partir de los seis años, es fácil que vaya tomando conciencia de lo que le sucede, siendo a la edad de ocho años cuando es capaz de establecer una organización cognitiva, se haga consciente de su problema y trate de evitarlo haciendo esfuerzos, realizando movimientos y mostrando tensión por hablar fluidamente, debido a las exigencias presentes en el entorno (Bloodstein, 1995). Sin embargo, lo único que conseguirá será que las disfluencias aumenten.

Por tanto, como señalan Gallardo y Gallego (2003), no podemos diagnosticar la disfemia antes de los cinco años.

El sexo también influye y, como indican Ambrose, Cox y Yairi (1997), el trastorno aparece antes en las mujeres que en hombres. Sin embargo, es frecuente que éstas dejen de tartamudear antes que ellos.

En resumen, aproximadamente un tercio de sujetos presentarán disfluencias en la etapa infantil. De ese tercio de la población, el 85% remite y el 15% queda instaurado (Irwin, 1994 y Bloodstein, 1995). Encontramos también niños que desarrollan el

trastorno en la etapa de primaria, período que supone exigencias de aprendizaje y de disciplina. La evolución de estos niños, remitirá en unos 3-4 meses. Si no remite, podemos decir que la disfemia ya está instaurada que, en la mayoría de los casos, permanece durante toda la vida (Sangorrín, 2005).

Tartamudez evolutiva y disfemia

Como ya hemos comentado con anterioridad, es importante distinguir las disfluencias propias de la edad que se dan durante el aprendizaje del lenguaje de aquellos signos de alarma que determinan el establecimiento de la disfemia en un sujeto. Resulta imprescindible conocer las diferencias entre una tartamudez evolutiva y una disfemia ya establecida para no diagnosticarla antes de tiempo, dando lugar a etiquetas y clasificaciones que no corresponden.

Guitar (1998) utiliza una clasificación basada en la evolución del trastorno que éste diferencia en: disfluencia normal, tartamudez límite y tartamudez establecida. Para hablar de un caso u otro, debemos conocer si existe conciencia del problema, lo cual indicaría que la disfemia ya está establecida. La capacidad del sujeto para hablar con fluidez es limitada y ya utiliza conductas de escape y evitación para dar solución a sus disfluencias. Estas situaciones van acompañadas de factores estresantes presentes en el entorno.

Gallardo y Gallego (2003) establecen una clasificación de diagnóstico que abarca de los cinco a los siete años (disfemia primaria) y otra que engloba el período de siete a diez años (disfemia secundaria), en la que afirman que los síntomas del trastorno empeoran y el sujeto ya es totalmente consciente del problema.

Profundizando en las ideas tomadas de Cervera e Ygual (2002) y de la Fundación Española de la Tartamudez (2008), podemos establecer la siguiente distinción:

Tabla 3

Cuadro comparativo entre tartamudez evolutiva y disfemia

TARTAMUDEZ EVOLUTIVA	DISFEMIA
Duración: entre algunas semanas y meses	Duración: más de 14 meses
Vacilaciones	Repetición de fonemas
Repetición de palabras enteras	Repetición de sílabas
Interjecciones	Alargamiento de un sonido
No hace fuerza al hablar	Tensión y fuerza al hablar
No utiliza movimientos asociados	Bloqueos y movimientos asociados durante el habla
Silencios entre palabras	Silencios con tensión
Muletillas	Monotonía
El sujeto es inconsciente de sus disfluencias	El sujeto es consciente y utiliza conductas de evitación
No presenta síntomas de miedo o estrés	Síntomas de miedo y estrés

Tabla de elaboración propia adaptada de las aportaciones de Cervera e Ygual (2002) y de la fundación española de la tartamudez (2008).

Sin embargo, Sangorrín (2005) difiere en el calificativo de “tartamudez evolutiva” al no considerarlo apropiado para referirse a unas simples vacilaciones normales en el período de adquisición del lenguaje.

Por otro lado, distintos autores se refieren a la frecuencia, duración y conductas complementarias para determinar si nos encontramos ante un cuadro de disfemia. Riley (1981); Van Riper (1982); Yairi y Ambrose (1992) y Gregory y Hill (1999) establecen el límite en repetición de tres o más veces en cien palabras. Respecto a la duración, ésta no debe ser mayor a un segundo. Si además el sujeto presenta tensión, bloqueos y fuerza

al hablar, nos encontraríamos ante un sujeto con disfemia (Van Riper, 1982; Riley y Riley, 1985 y Bloodstein, 1995).

La Fundación Española de la Tartamudez (2008) añade como requisito para distinguir un habla disfémica de un habla normal, la falta de fluidez y la velocidad en la producción verbal y clasifica la gravedad según el ritmo, tiempo e intensidad del habla.

Por tanto, como señala Rodríguez-Morejón (2009), sabemos que la disfemia queda establecida en el momento en que el niño se hace consciente de su problema y reacciona utilizando técnicas para evitarlo, lo cual requiere un desarrollo cognitivo en el niño, que ya es capaz de darse cuenta de lo que sucede.

Sintomatología

Los síntomas presentes en cada sujeto, dependen de distintos factores, tales como la edad ya que, como indica Rodríguez-Morejón (2009), no es lo mismo un sujeto que está comenzando a hablar y realiza repeticiones pero sin tensión y conocimiento, que una persona adulta, que probablemente presente una mayor gravedad en las disfluencias, tanto en el número de las mismas como en las reacciones emocionales y espasmos que realiza. Otro factor clave que influye en la disfemia de una persona es la posición que adopta la misma. Porque, para Johnson (1959, p. 39), “la tartamudez es lo que las personas hacen para no tartamudear”.

Rodríguez -Morejón (2009) clasifica los síntomas de la disfemia basándose en síntomas observables y factores cognitivos. En cuanto a los signos observables, lo más destacado son las interrupciones y desviaciones que se producen en el habla, así como los movimientos asociados que la persona realiza para tratar de conseguir un habla fluida. Respecto a los factores cognitivos, es frecuente que los sujetos que padecen este trastorno, quieran y traten de evitar aquellas situaciones que les generan tensión y que, por tanto, saben que las disfluencias van a aparecer. Irwin (1994) insiste en que el trabajo con los padres es un factor clave a la hora de intervenir en la corrección del disturbo.

Tabla 4*Sintomatología general de la disfemia*

Manifestaciones corporales y respiratorias	Sincinesias corporales, paratonías y movimientos coreicos
	Sudoración o enrojecimiento
	Alteraciones en la respiración
	Tics, espasmos o temblores
	Bloqueos
	Inflexibilidad facial
	Dilatación de aletas nasales
Manifestaciones conductuales	Tensión muscular: lengua, labios, mandíbula o cuerdas vocales.
	Impulsos linguales incontrolados
	Inhibición y retraimiento
	Angustia y ansiedad
Manifestaciones lingüísticas	Conductas de evitación
	Golpear o golpearse con los puños porque no les sale la palabra
	Repeticiones de sonidos, sílabas, palabras o frases
Manifestaciones lingüísticas	Prolongaciones de sonidos
	Uso de muletillas y perífrasis
	Frases incompletas
	Utilización de sinónimos para sustituir una palabra que resulta complicada
	Falta de coherencia en el discurso
Manifestaciones lingüísticas	Variación en la velocidad del habla, así como en el volumen y tono.

Cuadro de elaboración propia tomando las aportaciones de Irwin (1994), Fernández-Zúñiga (2005) y Rodríguez-Morejón (2009).

La DSM-5 (APA, 2013) establece los criterios diagnósticos que determinan la existencia de disfemia en un sujeto. En primer lugar, define dicha alteración como:

Una interrupción de la fluidez en el habla con una frecuencia inusual, acompañada de frecuentes repeticiones de sonidos, bloqueos o pausas inadecuadas en el discurso. En ocasiones aparecen signos de esfuerzo o movimientos en alguna parte del cuerpo asociados al habla. Las dificultades aparecen de forma fluctuante, no en todas las ocasiones ni con la misma intensidad. Lo crucial son las circunstancias que rodean mientras se está hablando: presión comunicativa del contexto, actitud del interlocutor, tema de conversación o emoción que sienta mientras habla.

Además, determina al miedo, la vergüenza, ansiedad o frustración como los sentimientos más comunes en estos sujetos. Por consiguiente, los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013, pp. 25-26) son los siguientes:

Tabla 5

Criterios diagnósticos del DSM-5

CRITERIO A) Alteración de la fluidez y de la organización temporal normales del habla (inadecuadas para la edad del sujeto), caracterizada por ocurrencias frecuentes de uno o más de los siguientes síntomas:	Repeticiones de sonidos y sílabas
	Prolongaciones de sonidos
	Palabras fragmentadas (pausas en medio de una palabra)
	Bloqueos audibles o silenciosos
	Circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas)
	Palabras producidas con un exceso de tensión física
	Repeticiones de palabras monosilábicas: le...le...le... veo
CRITERIO B) La alteración de la fluidez causa la ansiedad al hablar o limitaciones en la comunicación eficaz, interfiere con el rendimiento académico o laboral o con la comunicación social.	

CRITERIO C) El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del periodo de desarrollo.

CRITERIO D) Si hay déficit sensorial o motor del habla, las dificultades del habla exceden a las habitualmente asociadas a estos problemas y no se pueden atribuir a un daño neurológico (ictus, tumor, traumatismo, otro trastorno mental).

Los síntomas ocurren con mayor frecuencia al comienzo de la palabra. Igualmente, existen más problemas en las consonantes que en las vocales, así como en palabras largas y desconocidas (Silverman, 1990). Es importante destacar la influencia que ejerce el entorno sobre el habla del niño, que en muchas ocasiones favorece un aumento de disfluencias en el discurso (Fernández-Zúñiga, 2005). Algunas de estas situaciones, como señala Bloodstein (1995), son hablar por teléfono o con una persona desconocida, así como responder a una pregunta directa. Adams (1992) añade como factores cualquier cambio en el entorno que genere ansiedad y nerviosismo.

A nivel emocional, es importante destacar que las emociones que presentan estas personas van variando según la edad. Inicialmente pueden sentirse frustrados ante la presencia de disfluencias, pasando posteriormente por estados de pura vergüenza cuando el sujeto se hace consciente del problema (Fernández-Zúñiga, 2005 y Rodríguez-Morejón, 2009). Es por todo ello por lo que suelen adoptar un papel de evitación ante cualquier situación comunicativa que pueda perjudicarles y en la que es sabido por ellos mismos que va a aflorar su influencia verbal. Todo ello agrava la propia disfemia, haciendo que aumente (Guitar, 1998). Según Santacreu y Froján (2012), la vergüenza ante el oyente y la sensación de culpa serían los dos sentimientos que

describen lo que las personas con disfemia padecen. Pero debemos tener en cuenta que cada sujeto reacciona de diferente manera ante este trastorno.

Respecto al nivel fisiológico, las personas con este trastorno presentan problemas en la respiración, fonación y articulación, pero no podemos considerarlos causantes de las disfluencias (Armson y Kalinowski, 1994).

Por tanto, toda persona que padece disfemia presenta espasmos y bloqueos que interrumpirán su emisión de la palabra, rompiendo de esta manera el discurso, además de ser conscientes de ello. Como consecuencia del bloqueo, se acaba adoptando una conducta ansiosa ante la perturbación que supone el habla con otras personas. Se trata entonces de un trastorno que se retroalimenta continuamente.

Clasificación

Clínicamente, la clasificación de la disfemia atiende a tres características principales.

Tabla 6

Clasificación de la disfemia

DISFEMIA TÓNICA	Se caracteriza por las repeticiones silábicas y la aparición de espasmos, generalmente al inicio de la palabra. Después, el discurso fluye con normalidad. El niño, como consecuencia, intenta resolver esta situación mediante la fuerza, lo cual es contraproducente. Posteriormente, es capaz de expresarse correctamente. Es importante trabajar de manera tranquila para que el sujeto alargue la palabra y sea capaz de decirla suavemente.
DISFEMIA CLÓNICA	Es la repetición de uno o varios fonemas o sílabas. Estos sujetos presentan una alta tensión muscular y espasmos en la repetición.
MIXTA O TÓNICO-CLÓNICA	El sujeto presenta los síntomas de las dos anteriores: se traba al inicio de la sílaba y posteriormente aparece la clonía (repetición). A este grupo pertenecen las personas con una disfemia ya instaurada.

Otros autores, van más allá y prefieren hacer otras distinciones, estableciendo la clasificación según las causas que favorecen la aparición del trastorno, según los síntomas y según la evolución del problema.

Causas

Sabemos que las causas exactas de la disfemia son desconocidas, aunque la idea de Aristóteles basada en que las dificultades eran derivadas de la poca velocidad de la lengua a la hora de transmitir las ideas, fue adoptada hasta el siglo XIX. Las soluciones que adoptaban los cirujanos eran las de intervenir directamente con el órgano de la lengua y de esta manera lograr superar las disfluencias.

Actualmente se admite que la disfemia se trata de un trastorno existente en todas las culturas y razas, independiente de la economía y status social y que predomina en el sexo masculino (Fundación Española de la tartamudez, 2008). Su detonante se desconoce, a pesar de los diversos estudios existentes y las aportaciones realizadas dentro de este ámbito, solo pueden considerarse aproximaciones a lo que son las causantes del problema. Pero en ningún caso se conoce la etiología exacta de la disfemia: son muchos los factores que intervienen en la aparición del trastorno (Fernández-Zúñiga, 2005).

Sangorrín (2005) afirma que estos factores son fundamentalmente genéticos (en el 75% de los casos) y psicosociales, adquiridos en el ambiente en que el sujeto se desarrolla.

Sin embargo, Rodríguez Morejón (2009) añade a los principios expuestos por Sangorrín (2005) otras variables causantes del trastorno, como son los factores orgánicos y lingüísticos.

Cuando hablamos de la genética, a lo que estamos refiriéndonos es a los miembros de la familia que han presentado anteriormente episodios de disfemia. Yairi, Ambrose y Cox (1996) y Ajuriaguerra (1980) afirmaban que la mayoría de sujetos con disfemia tenían antepasados disfémicos. El porcentaje es tres veces mayor en sujetos con parientes disfémicos que en el resto de niños, incluso puede darse en el 50% de los

familiares. No obstante, se desconoce si la adquisición del problema viene dado por herencia o por aprendizaje. Felsenfeld (1997) afirma que ambos aspectos interfieren y que debe existir una predisposición genética acompañada de situaciones estresantes para el sujeto, provenientes del entorno en el que se encuentra. Irwin (1983) determina que la teoría de la genética es simplemente una suposición, ya que estudios realizados con personas disfémicas y no disfémicas no muestran que las características biológicas de cada uno de ellos puedan ser causantes del trastorno (Bloodstein, 1995). Se trataría más de un desarrollo por imitación del modelo lingüístico de los padres que por factores genéticos. Otros autores van más allá y se atreven a afirmar que la disfemia aparece en un mayor porcentaje en los hermanos gemelos o que depende de la posición que ocupe el niño entre los hermanos (menos probabilidad en los hijos intermedios) (Sangorrín, 2005). Muchos otros, sin embargo, difieren de estas ideas y niegan que la disfemia se adquiera de manera hereditaria.

Desde las causas orgánicas, un deficiente funcionamiento de los órganos implicados en la articulación de un fonema, sería el requisito para la aparición del trastorno, que también podría deberse a un problema de lateralización (Rodríguez-Morejón, 2009). Los que defienden esta teoría asocian la aparición del trastorno con un problema de lateralización porque afirman que los sujetos disfémicos no utilizan con eficacia el hemisferio izquierdo, encargado del habla y del lenguaje (Guitar, 1998). Según Van Riper (1982), los niños con un desarrollo normalizado padecen disfemia en un menor número de casos respecto a niños con discapacidad mental. Sin embargo, Dinville (1982) establece que el trastorno se da por igual en ambos casos, sin considerar la deficiencia mental un factor desencadenante. También se habla de una deficiencia de los músculos implicados en el desarrollo del habla espontánea, apareciendo el bloqueo en palabras que resultan poco conocidas para el sujeto (Starkweather, 1987). Otros asocian la aparición del trastorno con problemas auditivos, argumentando que o bien un

oído está más ensordecido que otro o que estos recogen la información a diferente velocidad, con una ralentización de 20 milisegundos (Peña-Casanova, 2005). La escuela francesa, sin embargo, afirma que el sujeto presenta dificultades para formular su pensamiento, es decir, la correlación entre el sustrato lingüoespeculativo y sensoactorial es deficiente.

Otra hipótesis estaría basada en el ambiente lingüístico que rodea al niño, es decir, el modelo de habla utilizado y el nivel de exigencia respecto al lenguaje de las personas existentes en el entorno del niño. Van Riper (1982) afirma que las disfluencias son más frecuentes cuando el sujeto pretende imitar estructuras largas o complejas, o en palabras difíciles y desconocidas. El niño presenta una incapacidad para emitir la palabra correcta en el momento en que debe hacerlo (Pichón y Borel-Maisonny, 1979) y la estructura del discurso es defectuosa. Igualmente, afirman que una deficiencia en el área del lenguaje favorecería la aparición de la disfemia (Gregory, 1995).

Otro factor desencadenante podría ser las características ambientales en las que el niño está sumergido, fundamentalmente la familia (Johnson, 1959). Este autor señala que la tartamudez no empieza en la boca de los niños, sino en la oreja de los padres, teoría bastante criticada posteriormente. Además establece que los padres, al tener altas expectativas acerca de sus hijos, intentan a toda costa intervenir y responder por ellos, lo cual no facilita en absoluto la fluidez del niño. La aparición del trastorno, en muchos casos, está relacionado con situaciones estresantes o traumáticas para el sujeto como la muerte de algún familiar, cambio de vivienda, dificultades en la escolarización, dificultades afectivas, exigencias muy altas por parte de los padres, etc. (Guitar, 1998), aunque siempre sin olvidar la predisposición del sujeto a desarrollarlo. Por tanto, la actitud que adopten los padres ante la situación es muy importante.

La hipótesis psicológica se basa en la influencia de estímulos negativos exteriores que favorecerían la aparición del trastorno, como las presiones familiares o las emociones fuertes (Rodríguez-Morejón, 2009). Si, ante las disfluencias del sujeto, el entorno actúa negativamente, como castigando al niño, lo único que se conseguirá es que la disfemia se afiance y quede instaurada, generando que el sujeto, a su vez, trate de evitar las situaciones comunicativas (Johnson, 1959) por temor a la equivocación, así como desarrolle síntomas de miedo, ansiedad e inseguridad, que a su vez dificultan la desaparición de las disfluencias y así sucesivamente, tratándose en todo momento de un círculo vicioso.

A su vez, dentro de esta teoría psicológica, Rodríguez-Morejón (2009) diferencia dos corrientes:

- Psicoanalítica: atribuye a los sujetos disfémicos un tipo de personalidad completamente distinta al resto de personas.
- Psicosocial, que engloba a su vez cuatro subteorías:
 - La teoría diagnosogénica, basada en que la disfemia aparece como consecuencia a las reacciones exteriores, en el momento en que se diagnostica y etiqueta al disfémico como tal (Johnson, 1959). La presión que el entorno ejerce sobre el niño, las correcciones que hacen, la visión que el propio niño tiene del problema y la gravedad del trastorno será lo que, según este autor, hará que el problema se mantenga.
 - El modelo de las demandas y capacidades, desarrollado por Starkweather (1987), establece que el niño requiere unas capacidades para desarrollar un habla fluida y que, en función de las exigencias que el entorno solicita, aparecerá el trastorno o no. Si las demandas son mayores que las capacidades que el niño presenta, será cuando aparezca la disfemia.

- Las teorías del aprendizaje afirman, como causantes del problema, un mal modelo de habla, una actitud e influencia negativa que ejercen los factores del entorno, que pueden generar ansiedad y estrés en el sujeto y, por tanto, facilitar la aparición del trastorno. Van Riper (1982), afirma que la disfemia es una teoría aprendida a partir de cambios que ocurren a medida que el niño va creciendo.
- La teoría de reacción de lucha anticipatoria de Bloodstein (1995) como sujeto disfémico considera el origen del problema en las vivencias negativas que el niño ha tenido en un primer momento y que, por tanto, le hace creer que la actividad de hablar es complicado y no va a poder hacerlo bien. Además señala que la disfemia desaparecería en los casos en que los sujetos dejaran de ser conscientes de que la padecen.

Una vez presente el trastorno, hay además otras variables que agravan la disfemia:

Tabla 7

Factores que agravan la disfemia

ENTORNO FAMILIAR	Ambiente ansioso y control constante del habla
	Situaciones de conflicto que generan ansiedad
	Sobreprotección
	Indiferencia
ENTORNO ESCOLAR	Burlas de los compañeros
	Incomprensión y desconocimiento del maestro
BLOQUE SOCIAL	Preguntas inesperadas
	Alteración emocional y cansancio, que impiden la fluidez del habla
	Situaciones que generen inseguridad

Tabla de elaboración propia a partir de las ideas de Gallego (2001).

Prevalencia e incidencia

La disfemia es un trastorno muy frecuente en la etapa infantil. Aproximadamente un tercio de la población, entre los 3-6 años pasan episodios de tartamudez evolutiva (Cervera e Ygual, 2002), aunque entre el 75 y 85% remite espontáneamente antes de 14 meses, porcentaje obtenido tras realizar un estudio durante cuatro años a 147 sujetos disfémicos (Yairi y Ambrose, 1992). El resto (15-25%), va a mantener la alteración en un periodo superior a 14 meses, es decir, se convertirá en una disfemia instaurada (Cervera e Ygual, 2002). Antes de los catorce meses puede tratarse de algo pasajero ya que, por ejemplo, los niños de primero de infantil son alumnos que están construyendo su lenguaje y debemos observar pero no alarmarnos.

Sabemos que la disfemia es un trastorno de habla involuntario existente desde varias épocas atrás y en muchos lugares, independientemente de la cultura, raza, nivel socioeconómico y nivel de inteligencia (Fernández-Zúñiga, 2005). En total, las personas disfémicas representan al 1% de la población (Bloodstein, 1995), lo que equivale a alrededor de 40 millones de personas con disfemia en el mundo (Rodríguez Morejón, 2009)

Respecto a la incidencia, todas las investigaciones señalan que la frecuencia de la disfemia es mayor en hombres (75%) que en mujeres (25%), aunque se desconocen los motivos (Rodríguez-Morejón, 2009).

En un primer momento (antes de los cuatro años), la proporción es de una mujer por cada dos varones (Yairi y Ambrose, 1992), posteriormente aumentan a cuatro hombres por cada mujer, llegando hasta una frecuencia de 1:5 en la edad adulta (Bloodstein, 1995).

Las posibles explicaciones que se dan ante estas cifras tan dispares son que las mujeres tienen más facilidad de remitir de manera espontánea (Yairi, Ambrose, Paden y

Throneburg, 1996) quizás por un desarrollo madurativo temprano, o más capacidad a la hora de enfrentarse a las dificultades que supone la disfemia (Gallardo y Gallego, 2003). Bloodstein (1995) añade que otro factor podría ser el desigual trato que reciben las niñas y los niños por parte de sus padres, siendo más exigentes con los varones, facilitando así la aparición del trastorno.

Intervenciones que se realizan

Tras la descripción del trastorno y de conocer en qué manera afecta a los sujetos que lo padecen, es hora de abordar el modo en que debe realizarse la intervención y cómo debe actuar el entorno ante las disfluencias para así lograr una disminución de la disfemia y de los problemas secundarios que esto conlleva.

Como hemos comentado con anterioridad, la reacción que ofrece el ambiente es, en muchas ocasiones, el detonante del problema ya que, en la mayoría de los casos, se trata de una reacción negativa. El niño se hace consciente de todo ello y es cuando comienza a realizar las maniobras de evitación que, en consecuencia, provocan las disfluencias (Gallego, 2001). Por ello, es tanto o más importante trabajar con el niño y con la familia y entorno que le rodea y así paliar los síntomas de la disfemia, principalmente haciéndoles entender que el niño tiene la necesidad de comunicarse igual que el resto y deben ser capaces de atender a lo que éste quiere decir y no a la manera en que lo realiza. Igualmente, es imprescindible que todas las personas que rodean al niño trabajen en la misma línea para ayudarlo.

Hay autores que se postulan a favor de una intervención temprana ya que, de esta manera, existe más probabilidad de que se obtengan resultados antes de que el problema quede instaurado en el sujeto (Curlee y Siegel, 1997; Gregory y Hill, 1999; Starkweather, 1987; Gallego, 2001 y Sangorrín, 2005). Otros prefieren esperar porque, en muchos casos, las disfluencias tienden a remitir espontáneamente (Yairi y Ambrose, 1992) y podría ser más perjudicial que favorable.

Los métodos utilizados hasta finales del siglo XIX eran la distracción y relajación del sujeto. Sin embargo, en la actualidad, no se pretende tanto eliminar la disfemia como tal sino que los procedimientos que se usan tienen como objetivo reducir

o eliminar los síntomas secundarios que aparecen en el sujeto disfémico a pesar de que su habla esté constituida por disfluencias.

Bloodstein (1995) afirmaba que las disfluencias disminuyen en situaciones en que el sujeto habla para sí, de representación, etc. pero sobre todo cuando el niño se olvida de su problema, de que es disfémico.

En primer lugar, debemos saber que cualquier reprimenda que se haga al sujeto para que intente hablar bien logrará un grado de tensión en el niño por esforzarse para hacerlo bien, lo cual es contraproducente y sólo conseguiremos que las disfluencias aumenten, acompañadas de espasmos (Gallego, 2001). No podemos pedir al niño más de lo que es capaz de darnos. Tampoco debemos mostrarles indiferencia, dejar de prestar atención o de mantener la mirada mientras nos habla.

Irwin (1994) propone una intervención basada en el aprendizaje del propio tartamudeo: debemos enseñar al niño con tartamudez a tartamudear. Su metodología se basa en alargar las sílabas, ya sea al inicio, en medio, o al final de palabra y que, posteriormente éste método se interiorice y cada vez que el niño se bloquee sea capaz de utilizar esta técnica para salir del bloqueo.

La escuela francesa propone la intervención a través del ritmo, la discriminación auditiva y representación de personajes, enseñando además al sujeto a estar relajado. Para ello pueden utilizarse distintos elementos como un metrónomo, cassette, etc. Afirma que en los menores de cinco años es fundamental trabajar con la familia para dejar hablar al niño libremente, sin ser coercitivo y proporcionándole seguridad. Cuando el problema ya se ha instaurado, la intervención se basa en enseñar al sujeto un control respiratorio, así como una modificación del sustrato psicolingüístico para que sea capaz de traducir el pensamiento al lenguaje. Para ello proponen utilizar la repetición, epítetos, enumeración de objetos, etc.

Rodríguez Morejón (2009) sin embargo, propone que la intervención debe partir de una orientación a los padres. Si esto no sirve, la complejidad del tratamiento irá en aumento.

Tabla 8

Intervención en las personas disfémicas

	Enseñar un habla y una atención que no genere ansiedad y estrés en el niño y no responder por él, sino proporcionar libertad.
Entrenar a los padres en habilidades comunicativas	Dar tiempo suficiente al niño para responder, evitando situaciones estresantes para él.
	Promover los cambios necesarios en las rutinas del hogar para disminuir la ansiedad ante determinadas situaciones y exigencias.
Técnicas de moldeado de habla sin generar conciencia de problema	Utilizar entonación en el habla, ofreciendo un modelo adecuado e introducir el juego, evitando que el niño se haga consciente de la dificultad.
Técnicas de trabajo con el habla	Programas abiertos basados en ofrecer un adecuado modelo de habla lenta, introduciendo pausas, gestos, expresiones, entonación para que el niño las imite. Cuando éste responde de manera correcta, se refuerzan todas esas conductas.
	Programas basados en la articulación única y exclusivamente, en la que el niño debe repetir palabras o frases, siendo premiadas las emisiones sin disfluencias y castigadas las incorrectas.

Cuadro adaptado de Rodríguez Morejón (2009).

Otras técnicas más concretas utilizadas actualmente según Peña-Casanova (2005) serían las que se exponen a continuación.

Tabla 9*Intervención en las personas disfémicas 2*

TÉCNICA	DESARROLLO
Uso de gestos en la emisión del habla	Acompañar el discurso con gestos para reducir la tensión y monotonía, favoreciendo un habla más distendida y fluida
Técnica del soplo	Espirar el aire antes de comenzar a hablar
Habla rítmica	Utilizar un aparato rítmico para que el habla sea emitida atendiendo a un patrón y lograr así más fluidez
Audición retardada	Ralentización del habla de 20 milisegundos
Enmascaramiento del habla	Evitar que el niño escuche y preste atención a su propia habla a través de un ruido
Habla en sombra	El profesional ofrece un modelo de habla correcto
Técnica negativa	El sujeto tartamudee

Cuadro adaptado de Peña-Casanova (2005).

La duración de la intervención dependerá de cada individuo en cuestión, de las necesidades que presente y de cómo vaya respondiendo al tratamiento. Se aconsejan sesiones más intensas al principio, disminuyendo progresivamente la complejidad y la duración de éstas conforme observemos mejoría (Peña-Casanova y Fernández-Zúñiga, 2005).

Factores que favorecen y atenúan la disfemia

Muchos disfémicos adultos cuentan sus experiencias negativas derivadas de las bromas y desconocimiento de las personas que les rodeaban cuando eran pequeños (Mahr y Leith, 1992). Es por ello que, en ningún caso podemos olvidar plantearnos una intervención sin atender los aspectos que se exponen a continuación.

En primer lugar, los padres deben conocer que, respondiendo emocionalmente ante las disfluencias del niño, no favorecen en absoluto la emisión de un habla normal, sino que por el contrario, someten al niño a una situación de ansiedad que termina con las maniobras de evitación y, en consecuencia, la aparición del bloqueo (Gallego, 2001). En ningún caso, debemos mostrar preocupación y dejar de atender lo que nos comunica el niño. A continuación se resumen las conductas que favorecen y atenúan la disfemia o, por el contrario perjudican al sujeto disfémico.

Tabla 10

Actuación del interlocutor frente a una persona con disfemia

NO	SÍ
No reaccionar negativamente.	Dedicar tiempo al niño, atender a sus necesidades y realizar actividades conjuntas.
No corregir.	Ofrecer un modelo de habla lento y relajado, prolongando sílabas y palabras y utilizando pausas con la finalidad de que el niño lo imite.
No aconsejar al niño sobre cómo debe estar ni cómo debe hacerlo (tranquilo, ve más despacio, repite...)	Cometer errores en alguna ocasión para que el niño vea que todos nos equivocamos.
No prestar atención a lo que nos está contando el niño y fijarnos, por el contrario, en cómo lo dice constantemente.	Escuchar al niño todo lo que tiene que decirnos.
No humillar ni castigar.	Murmurar, cantar, poesías, frases hechas, hablar lento o siguiendo un patrón rítmico.

No adoptar actitudes sobreprotectoras ni por el contrario directivas.	Un ambiente distendido o que ya conozca, en un clima comprensivo y seguro.
No hacerle preguntas cerradas, que en muchos casos es incapaz de contestar.	Utilizar gestos y lenguaje corporal, acompañando al habla.
Prescindir de frases complicadas	Aprovechar los intereses del niño como tema de conversación.
No utilizar un vocabulario muy difícil ni recalcar los errores que produzca el niño.	Darle tiempo a que se exprese y termine lo que quiere decir, incluso de la propia disfemia y de cómo se siente al respecto.
Nunca hacerle repetir algo que ha dicho mal o que no hemos entendido.	Introducir cambios en el volumen y tono de la voz.
No hacer interrupciones cuando está hablando ni anticipar lo que va a decir.	Mantener turnos en la conversación.
No cambiar de tema de conversación.	Utilizar un lenguaje sencillo y aumentar su vocabulario.

Tabla de elaboración propia. La palabra NO, indica aquellas acciones que nunca debemos realizar cuando estamos frente a un sujeto disfémico. La palabra SI, se refiere a las actuaciones que están correctamente ejecutadas.

No podemos terminar el apartado sin señalar que, los docentes también juegan un papel importante y tienen gran influencia en este tipo de intervenciones ya que, junto a la familia, son quienes más tiempo pasan junto al niño.

Un estudio sobre el estereotipo que los docentes tienen sobre los niños disfémicos realizado en Asturias por Castejón, Núñez y González-Pienda (2005), tiene por objetivo conocer qué adjetivos calificativos definen a un niño disfémico según 177 maestros de 32 centros diferentes. La mayoría, independientemente de haber tenido experiencia o no con este tipo de alumnado, coincide en definirlos como sujetos inseguros, nerviosos, acomplejados, introvertidos, tímidos, inteligentes, emotivos y agitados (Castejón, Núñez y González-Pienda, 2005).

Es importante partir sin prejuicios ni estereotipos para poder atender correctamente al niño. Los docentes deben tener conocimiento acerca del trastorno y las

repercusiones que en el escolar tiene, adoptando actitudes que favorezcan el desarrollo óptimo del niño de manera individual y dentro del aula, fomentando su aprendizaje y bienestar y ofreciendo, a su vez, un modelo de habla adecuado (Gallego, 2001 y Rodríguez-Morejón, 2009). Algunas de estas intervenciones podrían ser las siguientes:

Tabla 11

Intervención del docente en el aula

Fomentar su participación en clase
Aprovechar sus períodos de fluidez para que tenga oportunidades de sentir satisfacción al hacerlo bien
Escuchar lo que nos tiene que decir y no cómo lo dice, dándole el tiempo necesario y sin presionarle
Evitar momentos incómodos donde el niño pueda sentir vergüenza
Tratarle con normalidad
Tratar en el aula las burlas y bromas, hablando de las diferencias existentes entre cada uno de nosotros y sin castigar al alumnado ya que puede resultar contraproducente
Mantener siempre el contacto visual
Hacer conocer al niño que no nos incomoda, que lo entendemos y aceptamos y que puede contar con nosotros en lo que necesite

Tabla adaptada de las aportaciones tomadas de la Fundación Española de la Tartamudez (2008) y Gallego (2001).

Metodología

Sujeto

En primer lugar, debemos conocer al sujeto con el que vamos a intervenir, aportando sus datos más relevantes. El nombre del participante será inventado para asegurar la confidencialidad del menor. De ahora en adelante le llamaremos Martín.

Se trata de un niño varón de seis años de edad cuando se comenzó la intervención, finalizando la misma con siete años. Nació el 17 de junio de 2009 en Ghana (África), cuya población es de 25.366.462 habitantes. Vive con sus padres y su hermana, de cuatro años y medio, en el barrio de la Magdalena, junto al paseo de Echegaray y Caballero de Zaragoza.

Los dos hermanos asisten al centro escolar San Vicente de Paúl, que se encuentra a unos diez minutos de su domicilio.

Es una familia con escasos recursos económicos a pesar de que los padres trabajan muchas horas al día, lo cual a su vez impide que, en muchas ocasiones, la familia entera esté reunida. El padre trabaja en unas oficinas ubicadas en calle Conde de Aranda, con una jornada laboral de 8:00 h. a 14:45 h. Después, regresa a casa y posteriormente recoge a los niños del colegio. Las tardes de los lunes y martes de cada semana asiste, además, a cursos de español. La madre trabaja en Inditex, con un horario rotatorio saliendo, en ocasiones, a las 22:30 h., por lo que no llega a casa hasta las 00:00 h., lo que impide poder estar con su familia.

En el hogar, los niños no disponen de escritorios para realizar las tareas escolares, tan sólo cuentan con una mesa pequeña de salón.

Asisten desde hace dos años a la ONG Acción Familiar Aragonesa, ubicada en la calle Doctor Casas nº 12, donde muestran una gran preocupación por la disfemia que

Martín padece. La primera visita se produjo a partir de unos amigos de la familia que habían asistido anteriormente a esta asociación para que ayudasen a su hijo, también disfémico.

Por último, y no menos importante, me parece imprescindible señalar que el padre de Martín también padece esta patología. Actualmente el grado es menor, pero insiste en que antes apenas hablaba porque pasaba mucha vergüenza. Cuando era pequeño se reían de él y teme que a su hijo le pase lo mismo. Sin embargo, Martín se muestra feliz con los compañeros del colegio, insiste en que tiene muchos amigos y en que su maestra es muy “buena” con él. Igualmente señalar que la abuela paterna del niño padece el mismo trastorno. Haciendo referencia a la teoría expuesta con anterioridad, resulta evidente que, en el desarrollo del problema existe, indudablemente, un factor genético que influye y facilita la aparición de la disfemia.

Tabla 12

Datos más relevantes del sujeto

EDAD	6 años
PROCEDENCIA	Ghana, África Occidental
CENTRO	San Vicente de Paúl
CURSO	1º de Primaria
1º VISITA A LA ONG Y MOTIVO	Acude recomendado por unos amigos de la familia desde hace años, cuyo hijo de 7 años, también padecía disfemia.

Material

La intervención, como hemos comentado con anterioridad, se llevó a cabo en la ONG Acción Familiar Aragonesa. Existen diferentes aulas que disponen, cada una de ellas, de una mesa y dos sillas, a excepción de una sala más amplia con una mesa redonda en la que se trabaja en grupo y que cuenta, además, de unos estantes con libros, cuentos, y material escolar, así como diversos juguetes para utilizar con los niños en los distintos procesos. Para trabajar con Martín, se nos administró un espacio donde poder realizar la intervención de manera individual ya que, dentro del mismo horario, asistían otros niños que eran atendidos por los distintos profesionales del centro.

Para llevar a cabo el tratamiento se utilizaron los siguientes materiales:

- La **Prueba de Articulación de Fonemas (PAF)** (Vallés, 1990) que se utiliza en niños de cinco a ocho años fundamentalmente para evaluar la existencia de dificultades en los distintos fonemas de la lengua y conocer y determinar en cuales el sujeto presenta más conflictos y trabajar los mismos. También evalúa otros aspectos como la capacidad de soplo, la respiración, el lenguaje espontáneo, etc.
- Diversos cuentos destinados a la reeducación del habla, procedentes del libro **“Dime cómo hablas y te contaré un cuento”** (VV. AA., 2006). Este libro incluye una lectura por cada uno de los fonemas, haciendo hincapié en cada uno de ellos y trabajándolos de manera individual que, además, presentan a lo largo de la historia, ejercicios psicomotrices, de imitación, representación, adivinanzas, trabalenguas y pequeñas canciones. Cada cuento contiene al finalizar, una serie de actividades de evaluación tales como preguntas acerca del texto para trabajar la lectura comprensiva, juegos de articulación y repetición de palabras, etc.
- Cuento **“La rana que no sabía croar”** de Arriaza (2010), para trabajar el sínfon /-cr/. Tras la lectura presenta una serie de preguntas de lectura comprensiva,

ejercicios de repetición de los sonidos que emiten algunos animales y una pequeña canción.

- También se han utilizado otras técnicas y métodos como conversación espontánea, relajación, dibujo, música, así como otras lecturas.
- Por tanto, los recursos materiales manejados han sido únicamente cuentos, libros, música, internet, lápiz, papel, pinturas, goma. Cada sesión finalizaba siempre con refuerzos positivos: pequeños regalos como, por ejemplo, material escolar debido a la escasez de recursos de la familia, gominolas, etc.

Procedimiento

Principios del programa.

En primer lugar, para poder afirmar que una persona padece realmente disfemia y poder llevar a cabo la intervención de manera adecuada, debemos descartar las disfluencias normales propias de la edad preescolar. Existen varios signos de alerta que nos hacen diferenciar la tartamudez evolutiva de la disfemia instaurada (ver pp. 17-19) y es, en este último caso, cuando deja de considerarse algo “normal”. En ese momento es cuando debemos comenzar el tratamiento con el sujeto, partiendo de que sabemos que, actualmente, no existe una intervención que elimine el trastorno en su totalidad. Para ello, es importante tener en cuenta determinados aspectos, ya que la reacción del interlocutor frente al habla disfluyente del sujeto es totalmente relevante para que éste se muestre tranquilo o, por el contrario, las dificultades aumenten.

Por tanto, los principios básicos en los que se basa el tratamiento, se exponen a continuación:

- **Ambiente relajado y distendido.** Es importante mantener la calma y aportar tranquilidad al niño a la hora de trabajar, que pueda sentirse cómodo y seguro en lo que está realizando.
- **Dinamismo, flexibilidad y papel activo del sujeto.** Se dará total libertad al niño para hablar cuando considere oportuno. Si en algún momento se muestra reacio a realizar las distintas actividades o a comunicarse, podremos trabajar con él otros aspectos que conozcamos le resultan más interesantes, cambiando de actividad y realizando algo que llame más su atención porque, al fin y al cabo, el principal protagonista de todo este proceso es el propio niño, como sujeto activo, y tenemos que dar respuesta a sus necesidades.
- **Aprendizaje significativo.** Se pretende que todos los progresos y aprendizajes que haga el niño, los interiorice y sea capaz de llevarlos a los demás ámbitos y utilizarlos en su día a día.

Pautas a seguir.

Es importante también establecer unas pautas que orienten la intervención y que deben tenerse en cuenta durante todo el proceso de la misma. Para este tipo de tratamiento, las pautas a seguir que se proponen son las siguientes:

- **Reforzar** las conductas y emisiones deseadas.
- Actuaremos como **modelo** en todo momento, utilizando un habla pausada, relajada y entonada así como un vocabulario sencillo y frases cortas para facilitarle la imitación.
- Los **errores de habla** que emita, en ningún caso serán corregidos. De esta manera ayudaremos al niño a conseguir que olvide evaluar constantemente su habla y le haremos ver que tampoco nosotros lo hacemos. Es importante que sepa que los demás le escuchan atentos porque siempre tiene algo que contarnos y ese algo es importante tanto para él como para el interlocutor. Debemos mantener la calma, escuchar lo que el niño nos dice y no cómo lo dice, demostrando interés y disfrute con lo que nos cuenta.
- Aunque sepamos lo que nos quiere decir, en ningún caso terminaremos las **palabras o frases** por él, ya que resulta contraproducente e impedimos, de esta manera, que sea el propio niño quien dé respuestas y resuelva sus problemas.
- Tampoco resulta eficaz evitarle la **mirada** ni mostrar ansiedad o preocupación por su forma de hablar porque lo único que conseguiremos es que el niño perciba nuestra angustia y, por tanto, busque soluciones continuamente para hablar adecuadamente, lo cual provocará que se ponga más nervioso y aparezcan las disfluencias.

Objetivos.

Debemos tener en cuenta que el tratamiento en niños pequeños es mucho más eficaz que en aquellos que ya han adquirido conciencia del problema. Sin embargo, a pesar de lo argumentado en la teoría, Martín es consciente de su problema y sus disfluencias ya aparecen acompañadas de tensión. Por ello, a continuación se exponen los objetivos que se quieren conseguir realizando esta intervención.

Objetivo general.

- Reducir los síntomas de la disfemia, tanto principales como secundarios, utilizando elementos y recursos motivadores para el niño tales como el dibujo, cuentos o canciones.

Objetivos específicos.

- Conseguir que el niño acepte su disfemia y abandone las reacciones negativas ante las disfluencias.
- Lograr una mejora de la fluidez verbal del sujeto, reduciendo la velocidad y utilizando pausas y una mayor entonación para hablar con menos esfuerzo.
- Fomentar, al máximo posible, el habla del niño y pueda expresarse y comunicarse eficazmente siempre que lo necesite.
- Reducir los problemas sociales y emocionales asociados al trastorno, tales como desconfianza, inseguridad, baja autoestima, etc.
- Conseguir que el niño aminore los movimientos asociados incorporando gestos y lenguaje corporal.
- Fomentar el aprendizaje de nuevo vocabulario para utilizarlo en diferentes contextos e ir ampliando la complejidad de las frases.
- Potenciar la seguridad del niño a través de la escucha activa del interlocutor.
- Lograr que la atención esté dirigida al contenido y no al habla a través de lecturas infantiles que lo faciliten.
- Impulsar al niño a una emisión del habla sin rigidez muscular, utilizando técnicas de relajación.

Sesiones.

En total, se programaron diez sesiones de una hora aproximadamente, además de dos iniciales en el mes de febrero, que se establecieron con la finalidad de conocer a Martín y a su familia y acordar la asistencia del niño a la asociación dos días semanales en lugar de uno, como venía haciendo anteriormente.

A continuación se muestran las actividades llevadas a cabo en la intervención y lo realizado en cada una de las sesiones, así como la duración de las mismas.

Tabla 13

Sesión 1

Día	Miércoles 17 de febrero
Horario	De 17:00 h. a 18:30 h.
Desarrollo	A lo largo de esta sesión, Martín y yo pudimos conocernos mutuamente. En primer lugar trabajamos juntos las tareas de la escuela y, posteriormente, me interesé por él preguntándole su edad, qué le gustaba hacer, etc. Para finalizar, hicimos juntos un dibujo libre para que pudiera regalarle a su hermana pequeña. En ese momento se aprovechó para iniciar una conversación acerca de cómo era la relación con ella. En esta primera toma de contacto, pude notar el deseo del niño por sentirse apoyado y la positividad con la que me recibió.

Tabla 14

Sesión 2

Día	Miércoles 24 de febrero
Horario	De 17:00 h. a 17:30 h.
Desarrollo	En esta sesión única y exclusivamente se realizaron los deberes de la escuela, donde el intercambio comunicativo fue muy rico ya que Martín consultaba y preguntaba sus dudas con mayor confianza que la sesión anterior.

Tabla 15*Sesión 3*

Día	Miércoles 25 de mayo
Horario	De 17:00 h. a 18:00 h.
Desarrollo	<p>La sesión comenzó con una conversación con el padre de Martín en la que se le explicaba la conveniencia de asistir dos veces semanales a la ONG para potenciar las ventajas de la intervención. Se le explicó lo que se iba a trabajar con el niño y la duración de cada sesión. Tras su aprobación, abandonó el espacio y fue cuando Martín y yo comenzamos realmente a trabajar.</p> <p>Inicialmente, se le pasó la Prueba de Articulación de Fonemas (Vallés, 1990) observando que, en muchas ocasiones, añadía un fonema sobrante al inicio de la palabra como, por ejemplo: <i>Bun caballo</i> en lugar de <i>Un caballo</i> y distorsionaba algunos otros. Cabe señalar que en el fonema que más dificultades presentaba a la hora de articular era /c-z/, donde mostraba un elevado bloqueo y tensión. Tras 30 minutos de prueba y casi finalizando la misma, Martín me hizo saber que estaba cansado, por lo que se optó por suspender momentáneamente la prueba y realizar un dibujo juntos (ver anexo 1), aprovechando para hablar acerca del mismo. Durante la conversación espontánea del dibujo, el niño se trababa en varias palabras pero su interés por comunicar y hablar sobre algo que le gusta hacía que estas disfluencias no le importasen, objetivo que progresivamente queríamos alcanzar. Tras 15 minutos, finalizamos la prueba.</p>

Tabla 16*Sesión 4*

Día	Miércoles 31 de mayo
Horario	De 17:00 h. a 18:00 h.
Desarrollo	<p>Inicialmente y como cada día, comenzamos la sesión cumpliendo las tareas escolares que Martín trae del colegio, en este caso, repasando la tabla de multiplicar del 0, 1 y 2. Posteriormente, comenzamos a trabajar el cuento del fonema /b/, dando tiempo suficiente para leer a su ritmo y para realizar las preguntas necesarias. Las palabras del texto que resultan desconocidas para el niño, las buscamos juntos en el diccionario y escribimos en un papel su significado, introduciendo de esta manera, nuevo vocabulario en su lenguaje.</p> <p>Al terminar el relato, completamos las preguntas finales sobre lectura comprensiva y las demás actividades planteadas. En este momento, se distrajo con los objetos de su alrededor, al no ser él quién estaba leyendo. Entonces se le explicó que, una vez finalizásemos el ejercicio, podría utilizar y jugar con alguna de esas cosas. Los diez últimos minutos de la sesión se dedicaron a la realización de pequeños dibujos cuyos nombres contuviesen el fonema /b/, en un folio dividido en cuatro partes (ver anexo 2).</p>

Tabla 17*Sesión 5*

Día	Miércoles 1 de junio
Horario	De 17:00 h. a 18:00 h.
Desarrollo	<p>Esta sesión siguió la línea anterior pero, en este caso, trabajando la lectura del fonema /d/, con sus respectivas actividades finales y dibujos (ver anexo 3), que posteriormente serían comentados, con la finalidad de hacerle hablar continuamente.</p>

Tabla 18*Sesión 6*

Día	Lunes 6 de junio
Horario	De 17:00 h. a 18:00 h.
Desarrollo	En primer lugar, realizamos juntos los deberes de matemáticas para continuar después trabajando el cuento sobre el fonema /f/ (ver anexo 4). Dado que las lecturas son generalmente bastante largas y difíciles para Martín, decidimos leer por turnos, es decir, un párrafo o página cada uno y así aprovechar para proporcionar el ejemplo y actuar como modelo a imitar. Es aquí cuando introducimos gestos y lenguaje corporal a lo que íbamos leyendo y hablando.

Tabla 19*Sesión 7*

Día	Martes 7 de junio
Horario	De 17:00 h. a 18:00 h.
Desarrollo	<p>Durante esta sesión trabajamos el fonema /c-z/, que es donde se observan más dificultades y bloqueos para, posteriormente, completar las actividades finales.</p> <p>Debido a la monotonía en el habla del niño, se optó por marcar las comas y puntos con rayas y círculos respectivamente para así clarificar las pausas y dar entonación a lo que leíamos. Por falta de tiempo, en este caso no pudimos realizar los dibujos correspondientes (ver anexo 5).</p>

En la semana posterior, la intervención quedó suspendida por enfermedad del niño, retomándose la siguiente semana. Al haber finalizado el período escolar, las sesiones se cambiaron a horario de mañana, en lugar de tarde.

Tabla 20*Sesión 8*

Día	Miércoles 22 de junio
Horario	De 11:00 h. a 12:00 h.
Desarrollo	<p>En esta sesión trabajamos el fonema /p/. Se observa que las tildes tampoco las utiliza correctamente, por lo que seleccionamos otra técnica para leer las palabras con acentos adecuadamente: levantar la mano en la sílaba que lo contuviera y pronunciarla más fuerte.</p> <p>Afortunadamente, fue un ejercicio que al niño gustó mucho, por lo que disfrutaba haciéndolo y sirvió para que interiorizara este proceso y así ganar entonación en sus lecturas, además de notar una mejora posterior en las preguntas finales acerca del cuento ya que, al utilizar todas las técnicas aprendidas, resultaba más fácil la comprensión del relato.</p> <p>A continuación, representamos a uno de los personajes del cuento, introduciendo gestos y poniendo “caras”, tal y como se describía en el texto.</p> <p>Finalmente, realizamos los dibujos de las cuatro palabras que contuviesen la /p/ (ver anexo 6), con música de fondo elegida por Martín.</p>

Tabla 21*Sesión 9*

Día	Jueves 23 de junio
Horario	De 11:00 h. a 12:00 h.
Desarrollo	<p>Esta sesión se inició con un diálogo sobre cómo ha terminado el niño el periodo escolar, cómo se llaman sus amigos y qué les gusta hacer juntos, cómo es su profesora con él, etc.</p> <p>Tras aproximadamente 10 minutos de conversación, proseguimos a trabajar el fonema /n/ junto con las actividades finales de la lectura.</p> <p>Para terminar, realizamos un dibujo libre para regalar, en esta ocasión, a sus padres.</p>

Tabla 22*Sesión 10*

Día	Miércoles 29 de junio
Horario	De 11:00 h. a 12:00 h.
Desarrollo	<p>En primer lugar, trabajamos una lectura sobre los piratas, enviada por la escuela como actividad complementaria para repasar durante las vacaciones de verano. Como en las anteriores, concluía con unas preguntas finales para evaluar la comprensión de la historieta, que se resolvieron muy satisfactoriamente.</p> <p>A continuación, estaba previsto trabajar el sinfón /cr/, sin embargo Martín comenzó a contarme y explicarme cosas sobre los dinosaurios, que me dijo era su tema preferido. Por ello, se aprovechó este momento para entablar un diálogo iniciado por él, con aportaciones totalmente espontáneas, donde se pudo observar un gran conocimiento del niño sobre lo que estaba hablando y, sobre todo, muchas ganas de contármelo y compartirlo conmigo. Me explicó que casi todo lo había aprendido a través de la televisión, ya que emitían muchos programas de dinosaurios y los veía siempre que podía. También buscamos más cosas e información en internet, como los tipos de dinosaurios que existieron y sus respectivos nombres.</p> <p>Se pudo observar cómo resultó un momento en el que Martín se encontraba realmente cómodo, con confianza en lo que estaba diciendo y con ganas de compartir con otra persona sus intereses y conocimientos, a pesar de las elevadas y bruscas disfluencias que emitía (principalmente en las palabras que contienen /p/ y /c-z/), olvidándose de ellas.</p> <p>Finalmente realizamos un dibujo de su dinosaurio favorito (ver anexo 7).</p>

Tabla 23*Sesión 11*

Día	Martes 5 de julio
Horario	De 10:30 h. a 11:30 h.
Desarrollo	<p>Inicialmente realizamos una lectura comprensiva de las tareas de repaso mandadas por la escuela, como en la sesión anterior.</p> <p>Posteriormente se trabajó el cuento “La rana que no sabía croar” (Arriaza, 2010) junto con sus ejercicios y preguntas conclusivas (ver anexo 8).</p> <p>Finalmente, se comunicó al niño y a sus padres que la sesión siguiente sería la última programada y que había estado trabajando adecuadamente y de manera satisfactoria durante todo el proceso, ajustándose en cada momento a lo que se le pedía.</p>

Tabla 24*Sesión 12*

Día	Miércoles 6 de julio
Horario	De 11:00 h. a 11:45 h.
Desarrollo	<p>Esta sesión fue destinada, única y exclusivamente, al aprendizaje de la letra y baile de una canción infantil <i>El gran safari</i>, como broche al proceso de la intervención.</p>

Resultados

Como veníamos diciendo anteriormente, los padres de Martín decidieron comenzar a asistir a la asociación con el objetivo de erradicar la disfemia que el niño padece. Sin embargo, la intervención partía de un trastorno ya instaurado en el niño y bien sabemos que la desaparición total de los síntomas es, a día de hoy, algo prácticamente imposible, por lo que debemos partir de otros aspectos que creen seguridad en el sujeto y trabajar desde ese nivel.

Las sesiones estaban enfocadas a que Martín hablase lo máximo posible y pudiera abrirse y expresarse en todo momento, a distraerlo de sus disfluencias así como también a reducir los síntomas secundarios de desconfianza y baja autoestima que aparecen acompañados del trastorno.

Martín es un niño cercano, agradecido y cariñoso, con colosales ganas de aprender, pero la disfemia que padece hace que sea inseguro de sí mismo y muy desconfiado de sus capacidades y posibilidades frente a las tareas a las que se enfrenta, ya que presenta dudas en todo lo que realiza de manera autónoma, buscando la constante aprobación de los demás. Le cuesta mucho realizar una tarea sin preguntar “¿así lo estoy haciendo bien?” o afirmar “no sé cómo se hace”, comprobando posteriormente que en realidad sí que sabía realizarlo. Sin embargo, disfruta haciendo las cosas y pone todo de su parte, insiste en que tiene muchos amigos con los que juega en el colegio y una familia a la que quiere mucho.

En primer lugar, al realizar al niño la Prueba de Articulación de Fonemas (Vallés, 1990), se observó que tenía afectados varios de ellos: /b/, /d/, /f/, /c-z/, /n/ y /p/. Es por ello que se decidió partir de esas dificultades a la hora de llevar a cabo la intervención, trabajando así los fonemas perturbados y aminorando a la vez otros problemas secundarios. Para ello se escogió el libro “Dime cómo hablas y te contaré un

cuento” (VV. AA., 2006) y así ir trabajando, cada día, cada uno de los fonemas en los que existía conflicto.

Las conductas de comportamiento adoptadas por Martín a lo largo de todas las sesiones han sido positivas, mostrando una actitud activa, receptiva y participativa y una adquisición progresiva de confianza en el adulto, viéndolo como un apoyo con el que contar en el momento en que aparecían los problemas y aceptando en cada instante la propuesta de actividades a realizar, además de mostrar una adecuada predisposición ante la resolución de las mismas. Sin embargo, como es normal en un niño de esta edad, en muchas ocasiones mostraba preferencia por jugar o realizar ejercicios fuera de lo habitual, como psicomotrices, dibujar (ver figura 1), o cantar canciones, aunque le daba mucha vergüenza. También se distraía frecuentemente con los objetos de su entorno, al no ser elementos que él encuentra en su vida cotidiana pero, con un toque de atención, volvía enseguida al trabajo.

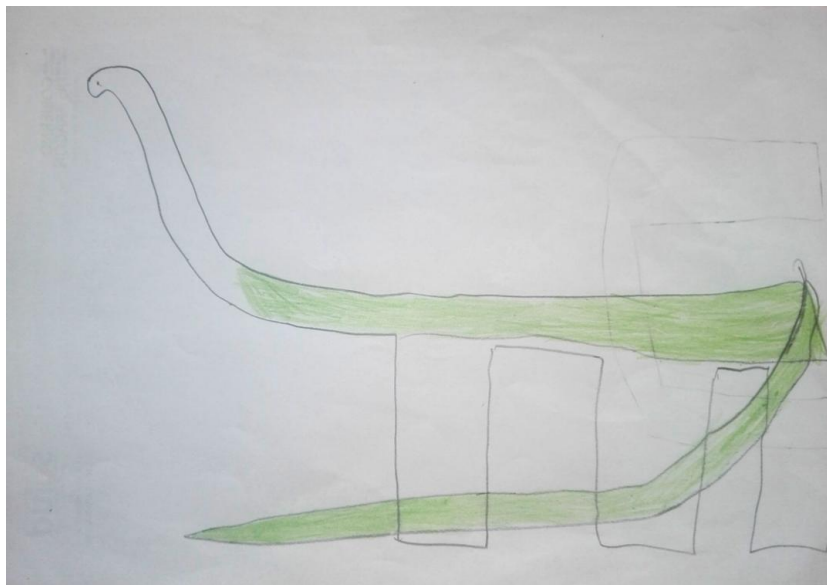


Figura 1. Dibujo libre.

Es importante también señalar la figura del adulto, ya que su actitud y la del resto de personas que rodean al niño son fundamentales en el proceso de intervención. Resulta indiscutible el valor de entender y ponerse en el lugar del niño, aceptándolo tal

y cómo es, potenciando su autoestima y, en ningún momento, humillar o presionar, pero mucho menos a personas con este tipo de problemas. Es positivo que el adulto adopte un tipo de habla que proporcione un modelo que el niño pueda imitar. Siempre debe ver en nosotros un apoyo, alguien que le quiere y que está a su lado y le ayuda, independientemente de sus problemas. Por ello, las únicas indicaciones y recomendaciones que se han hecho al niño durante el proceso han estado basadas fundamentalmente en la ejecución de las tareas (faltas de ortografía, respuestas incorrectas a lo que se pregunta en los ejercicios, etc.)

Se ha observado como las disfluencias que inicialmente presentaba Martín, han ido disminuyendo progresivamente, fundamentalmente en lectura a través de cambios en el volumen y tono durante el desarrollo de las actividades, así como otras técnicas diversas como marcar las comas, rodear los puntos (ver figura 2) y levantar el brazo en las tildes. No obstante, en el habla espontánea no se ha observado ningún progreso respecto a las disfluencias.

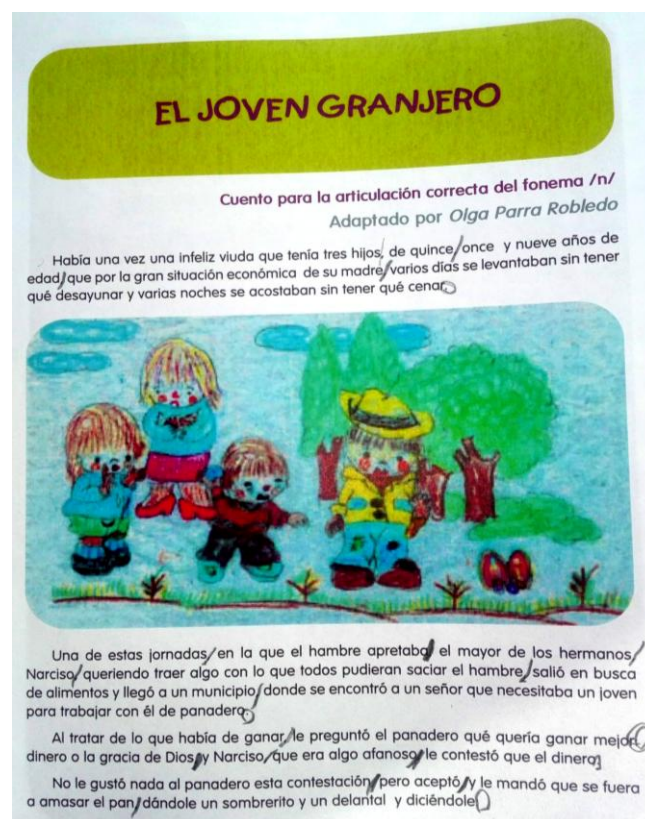


Figura 2. Lectura "El joven granjero", utilizada para trabajar el fonema /n/.

En mi opinión, los resultados ante la intervención han sido positivos, debido a que las sesiones se han desarrollado de una manera distendida y divertida y los objetivos han sido alcanzados en gran medida ya que, gracias a la predisposición y colaboración de Martín, se ha podido trabajar todo lo previsto y si, en algún momento hemos dejado algo sin terminar, ha sido por falta de tiempo.

Por último cabe señalar que, tras el período vacacional, se realizó una visita al domicilio familiar con la finalidad de ver el progreso del niño durante los meses posteriores a la intervención, hablar con la familia y conocer sus puntos de vista al respecto, así como dar orientaciones a la misma para abordar el problema y saber cómo actuar ante las dificultades que el niño presente. El padre, al ser igualmente un sujeto disfémico, seguía mostrando importancia y dando prioridad a las disfluencias, sin darse cuenta de que su preocupación respecto a la disfemia de su hijo por temor a que se rían de él, es transmitida al niño y, por tanto, contraproducente. Por ello se le recalcó que su hijo es como el resto y que, en los momentos difíciles, debe ver en su familia un apoyo, dejando a un lado las disfluencias.

Posteriormente, la familia me hizo saber que, tras las sesiones que realizamos juntos, el niño había mostrado mejora en la emisión del habla y las disfluencias no eran tan frecuentes como antes. Sin embargo, en cuanto a su actitud, pude observar un comportamiento retraído, poco hablador y más tímido respecto a lo que había conocido de él anteriormente. En cuanto a las tareas escolares, observé que todo lo que anteriormente hacía correctamente y de manera autónoma, en esta ocasión no era así y que, con más frecuencia que antes, preguntaba si estaba realizando bien los ejercicios.

Conclusiones y discusión

Conclusión personal

Para concluir, me gustaría señalar en qué medida los objetivos de la intervención expuestos anteriormente (ver p. 46) han sido alcanzados. Respecto al objetivo general, cabe destacar que se ha logrado una reducción de los síntomas, fundamentalmente en el momento de lectura y realización de los diversos ejercicios y actividades debido a la introducción de técnicas y pautas para facilitar la lectura y eliminar, de esta manera, la monotonía en el habla. Los problemas de desconfianza en sí mismo, han ido eliminándose progresivamente al comprobar que sabe hacer las cosas por sí solo y sabe hacerlas bien.

También se ha conseguido que Martín deje a un lado las reacciones negativas ante el problema y sea capaz de llevar a cabo las diferentes tareas sin acordarse de su disfemia y fijarse en el contenido y no en la forma de hablar ya que, en todo momento, se ha implicado de manera activa y participativa en unas actividades que requerían atención en el contenido para, posteriormente, responder a unas preguntas.

El objetivo basado en el fomento del habla del niño, así como que pudiera expresarse y comunicarse siempre que lo necesitase, también ha sido alcanzado debido a que todas las actividades realizadas en la intervención, requerían hablar e incluso ha llegado a iniciar conversaciones con algún tema de su interés.

Durante todo el proceso, la empatía y actitud cercana, así como la escucha activa del interlocutor, ha facilitado la seguridad del niño.

Sin embargo, el objetivo de conseguir un habla más fluida en la conversación espontánea, no se ha conseguido ya que, al finalizar la intervención, seguía presentando elevado número de disfluencias. En este aspecto, no se puede decir que se hayan presentado mejoras.

Por otro lado, respecto a los puntos fuertes del trabajo puedo señalar la eficacia y el beneficio de los recursos utilizados, que han permitido mantener al sujeto motivado durante todo el proceso de intervención. No me gustaría finalizar sin hacer referencia a la indudable experiencia tan enriquecedora que ha supuesto poder trabajar un problema como éste en primera persona, que me ha dado la oportunidad de conocer y aprender de una familia maravillosa, con la que actualmente mantengo el contacto y a la que ofrezco mi ayuda siempre que lo necesitan. He aprendido a tener en cuenta su cultura y su ámbito familiar como factores que influyen directamente sobre él. Además, su constante agradecimiento me ha permitido ver que el trabajo abordado merece la pena sin lugar a dudas.

En cuanto a los puntos débiles, me gustaría destacar los imprevistos respecto a la falta de disponibilidad de la familia en algunas ocasiones, la escasa dominancia del idioma, en especial, de la madre, el nivel de dificultad de alguna de las lecturas trabajadas y la falta de tiempo en alguna de las sesiones realizadas. Respecto a la propia práctica, inicialmente partía con mucha inseguridad al tratarse de una experiencia no realizada anteriormente donde mi responsabilidad era muy elevada. Además, los conocimientos respecto al tema eran escasos y, para poder llevar a cabo adecuadamente la intervención, se ha requerido la adquisición de numerosa información y términos completamente nuevos.

En lo que a los aspectos a tener en cuenta para seguir mejorando se refiere, es importante saber que siempre se puede mejorar en todo, y las propuestas de mejora que aplicaría en caso de volver a llevar a cabo esta intervención sería, por un lado, implicar a la familia de manera directa en alguna de las sesiones y, por otro, aumentar el número de éstas pero con reducción de horario, ya que al tratarse de niños tan pequeños es muy frecuente que conforme transcurre la sesión, se muestren agotados y menos receptivos y, por tanto, su implicación sea menor.

Respecto a futuras líneas de investigación, cabe señalar que realizar este trabajo ha supuesto una experiencia muy enriquecedora, que me ha permitido replantearme el futuro, proporcionándome nuevos conocimientos, tanto a nivel cognitivo como a nivel social y emocional y, sin duda, puedo decir que este es un campo en el que quiero seguir formándome y que esto es solo un punto de partida. Durante el proceso de elaboración han surgido nuevas preguntas como ¿qué aparece primero: las disfluencias o las exigencias y reacciones negativas del entorno? o qué resultados proporcionaría una intervención como ésta dirigida a toda un aula, si serviría o no para prevenir futuras alteraciones en los alumnos pero, sobre todo ¿cuál es la causa de la disfemia? Es por ello que, las futuras líneas de investigación, estarían dirigidas a resolver estas incógnitas.

Finalmente queda recalcar la importancia y necesidad de poseer unos conocimientos teóricos previos sobre aquello que queremos trabajar, lo cual no es suficiente hasta que finalmente realizas la práctica, que es donde verdaderamente se aprende todo. Por tanto, creo que es importante poseer conocimientos pero más importante es saber cómo aplicarlos y relacionarlos con lo que tenemos en el aula ya que, en un futuro, van a ser cuestiones que voy a tener que trabajar y a las que enfrentarme diariamente en clase.

Por tanto, con la realización del trabajo, he conseguido un acercamiento directo a la disfemia, un estudio a fondo dentro de este ámbito, adquiriendo conocimientos completamente novedosos y desconocidos, como sus características y síntomas principales, su etiología y clasificación, los tratamientos más comunes para tratarla, etc. para, posteriormente realizar una intervención con un niño disfémico de seis años de edad. Como recogen Cervera e Ygual (2002), muchos adultos disfémicos señalan que el objetivo último es aceptar la disfemia, y dejar de pretender hablar correctamente, ya que de esta manera, se consigue todo lo contrario. Por ello, la intervención realizada en

ningún caso pretendía la desaparición total de la disfemia de Martín, ya que cualquier conducta que indicase que queremos eliminar dicho trastorno, frustraría al niño y facilitaría el inicio de conductas de evitación, creando sentimientos de culpa en el mismo ante nuestra ansiedad. En ocasiones he observado como el padre, a pesar de haber tenido él el mismo problema, reacciona negativamente corrigiendo o terminando la frase que el niño pretende decir.

Aunque en este caso la disfemia ya estaba instaurada, personalmente, mantengo la creencia de la importancia y efectividad de una intervención temprana, que permite prever ciertas dificultades o impedir que se agraven en el futuro.

Discusión

A lo largo de todo el trabajo se ha hecho referencia a la importancia del habla en nuestra vida cotidiana, como instrumento cuya función primordial es el intercambio comunicativo entre personas. Es una actividad que se adquiere forma innata y en la que muchas personas presentan limitaciones y alteraciones, siendo la disfemia uno de los trastornos del habla más comunes en nuestra sociedad. Este problema no deja a nadie indiferente al tratarse de una dificultad tanto visible como audible, no obstante todavía se trata de un trastorno con un desconocimiento muy alto. Resulta indiscutible la necesidad de hacer ver a los demás la importancia de conocer dicha dificultad para empatizar y saber cómo enfrentarse ante estos sujetos, erradicando así las actitudes de burlas, risas y humillaciones que vienen dándose hace años, aunque progresivamente van disminuyendo.

También resulta evidente que, incluso con la alta prevalencia existente en este trastorno, contamos con escasa bibliografía a la que acudir para informarnos y conocer esta dificultad ya que, algo tan importante como las causas que lo generan y la

erradicación del mismo, resulta todavía una incógnita dentro de este campo. Igualmente, las ideas de los distintos autores difieren de unas a otras y la etiología que propone cada uno se plantea de manera diferente en unos y otros casos, así como el modo de intervenir.

Para llevar a cabo una intervención, es necesario que ésta sea planificada con anterioridad, sabiendo qué es lo que queremos alcanzar y, resulta evidente que, cuanto antes se intervenga, mejores serán los resultados. Aunque muchos otros autores estén a favor de esperar, es indudable la eficacia de una intervención temprana para evitar la aparición de otros problemas y síntomas que puedan acompañar al trastorno principal o mejorar y/o erradicar el problema que ya subyace en el individuo. Además, difícilmente una intervención puede proporcionar resultados negativos.

No podemos olvidar la necesidad de trabajar e intervenir junto con los padres y el resto de personas que rodean y se relacionan con el niño, para un desarrollo óptimo del mismo, dejando a un lado la disfemia para dar la oportunidad a estos niños de desarrollarse en igualdad de condiciones que los demás, idea que comparten muchos de los autores que trabajan en este campo. Debemos saber hacer frente a las necesidades que la familia presenta y ofrecerles recursos necesarios para poder solventarlas y actuar como modelos para el habla de su hijo.

Mirando hacia el futuro y haciendo referencia a la escuela, debemos saber que la actitud del profesorado para el desarrollo del niño es fundamental y deben prestar especial atención a los alumnos con más dificultades, sin desistir en el esfuerzo de mejorar. No se trata de ignorar el problema ni tampoco reafirmarlo continuamente o darles privilegios que en la vida adulta no tendrán, sino de aceptarlo, asumirlo y hacer saber a los alumnos con esta dificultad que estamos para ayudarles. La escuela es un factor fundamental en la detección de los primeros problemas presentes en los escolares

y hay que saber cómo actuar y ajustar la práctica docente a las características y necesidades de cada uno para responder a ellas adecuadamente. Galán y Galán (2001), inciden en la importancia de trabajar ciertos aspectos que favorecen al niño disfémico pero a nivel grupal, es decir, con toda el aula, favoreciendo así el aprendizaje y desarrollo no solo del propio niño, sino de todo el grupo-clase.

*“El niño no es un vaso que llenar,
sino un fuego que encender”*

– **Michel de Montaigne.**

Referencias bibliográficas

- Adams, M. (1992). Childhood stuttering under “positive” conditions. *American Journal of Speech Language Pathology*, 1, 5-6.
- Aguado, G. (2006). *Trastorno específico del lenguaje, retraso del lenguaje y disfasia*. Málaga: Aljive.
- Ajuriaguerra, J. (1980). *Manual de Psiquiatría infantil*. Barcelona: Toray-Masson.
- Ambrose, N., Cox, N.J. & Yairi, E. (1997). The genetic basis of persistence and recovery in sttutering. *Jornal of Speech and Hearing Reserch*, 40, 567-80.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-V. Washington, DC: Author, 2013 (Trad. Castellano, Barcelona: Masson, 2013).
- Armson, J. & Kalinowski, J. (1994). Interpreting results of the fluent speech paradigm in stuttering research: Difficulties in separating cause from effect. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 69-82.
- Arriaza, J. C. (2010). *Narraciones breves para hablar y leer: Cuentos para hablar los sinfonos con R*. Madrid: Cepe.
- Bates, E. (1976). *Language in context. The acquisition of pragmatics*. Nueva York: Academic Press.
- Belinchón, M. (2004). Alteraciones del relato. *Arbor: Ciencias, pensamiento y cultura*, 696, 167-188.
- Bloodstein, O. (1995). *A handbook of stuttering*. California: Singular Publishing Group.
- Bouton, C. (1976). *El desarrollo del lenguaje*. Buenos Aires: Unesco.
- Castejón, L., Núñez, J. C. y González-Pienda, J. A. (2005). Contenido del estereotipo de los maestros sobre los alumnos tartamudos. *Psicothema*, 3, 496-501.

- Cervera, J. e Ygual, A. (2002). Intervención Educativa en los niños tartamudos: retos técnicos y compromiso ético para los especialistas en audición y lenguaje. *Estudios y propuestas de Educación*, 9-35.
- Clemente, R.A. (1995). *Desarrollo del Lenguaje*. Barcelona: Octaedro.
- Cooper, E.B. (1993). *Cooper Assessment of Stuttering Syndrome, Child Version* (CASS-C). San Antonio, TX: The Psychological Corporation, Harcourt Brace
- Crystal, D. (1983). *Patología del lenguaje*. Madrid: Cátedra.
- Culatta, R. & Goldberg, S.A. (1995). *Stuttering therapy: An integrated approach to theory and practise*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Curlee, R. F. & Siegel, J. M (1997). *Nature and Treatment of Stuttering*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Del Río, M. (1988). *Evaluación de los tratamientos del lenguaje*. Madrid. CEPE.
- Dinville, C. (1982). *La Tartamudez*. Barcelona: Científico Médica.
- Felsenfeld, S. (1997). Epidemiology and genetics of stuttering. En R.F. Curlee y J.M. Siegel (Comps.), *Nature and treatment of stuttering*. New directions. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Fernández-Zúñiga, A. (2005) *Guía de intervención logopédica en tartamudez infantil*. España: Síntesis.
- Galán y Galán, P (2001): *El logopeda como profesional del lenguaje y de la comunicación en centros educativos*. Madrid: CCS.
- Gallardo, J. y Gallego, J.L. (2003). *Manual de Logopedia escolar*. Archidona (Málaga): Aljibe.
- Gallego, J. L. (2001). *La Tartamudez. Guía para padres y profesionales*. Málaga: Aljibe

- Gregory, H.H. (1995). Combinando las aproximaciones de tartamudear más fluidamente y hablar más fluidamente para la terapia del tartamudeo. En J.M. Rodríguez Santos (Comp.), *Logopedia: prevención, evaluación e intervención*. Málaga: Aelfa.
- Gregory, H.H. & Hill, D. (1999). *Differential evaluation-Differential therapy for stuttering children*. En: Curlee RF, ed. *Stuttering and related disorders of fluency*. New York: Thieme.
- Guitar, B. (1998). *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment*. Massachusetts: William and Wilkins.
- Ham, R. (1999). *Clinical Management of Stuttering in older children and adults*. Gaithersburg, Ma: Aspen Publishers.
- Herbert, R. (1988). Tartamudez, farfuleo, trastornos de la articulación y trastornos de la voz. En J.A. Rondal y X. Seron, *Trastornos del lenguaje II*. Barcelona: Paidós.
- Irwin, A. (1983). *Como vencer la tartamudez*. Barcelona: Grijalbo.
- Irwin, A. (1994). *La tartamudez de los niños*. Bilbao: Mensajero.
- Johnson, W. (1959). *The onset of stuttering*. University of Minnesota Press.
- Launay, C. y Borel-Maisonny, S. (1979). *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. Barcelona: Toray-Masson.
- Lezak, M. (1983). *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
- Lizandra, R. (2007). Dificultades en el desarrollo del lenguaje oral e intervención. Documento interno para el E.O.E.P nº1 de Zaragoza. Disponible en: http://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/agonzale/Asun/2007/DF/Artic/LizandraDificultades_lenguaje_oral.pdf
- Mahr, G. & Leith, W. (1992). Psychogenic stuttering of adult onset. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 283-286.

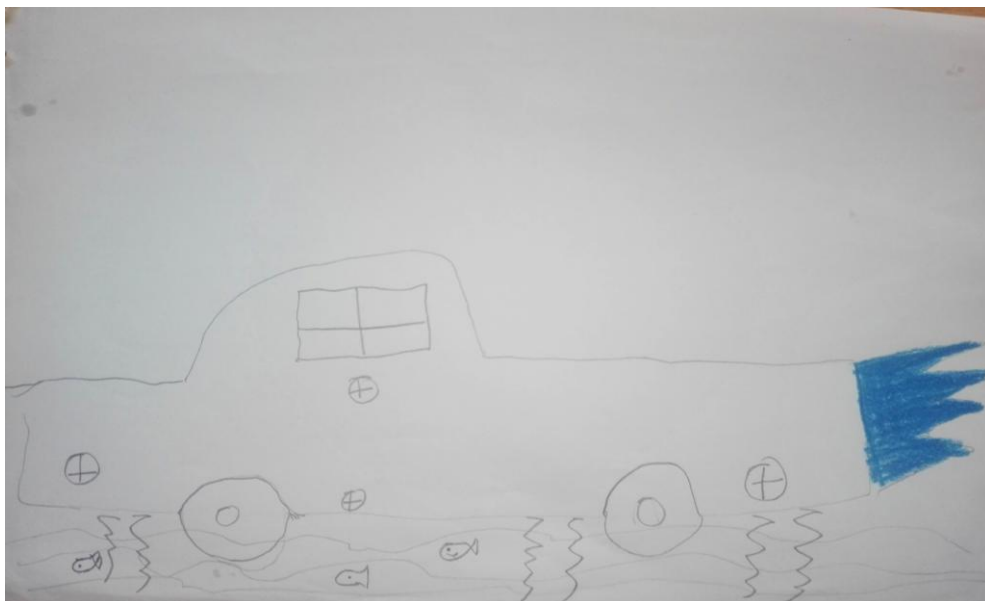
- Más información.* Fundación Española de la Tartamudez (2008). Disponible en URL:
<http://www.fundacionttm.org/la-tartamudez/mas-informacion/>
- Monfort, M. y Juárez, A. (2013). *El niño que habla: el lenguaje oral en el preescolar*; España. Madrid: Cepe.
- Mendoza, E. (2001). *Trastorno Específico del Lenguaje (TEL)*. Madrid: Pirámide
- Moerk, E. (1983). *The Mother of Eve as a First Language Teacher*. Nueva Jersey: Ablex publishing Co.
- Peña-Casanova, J. (2005). *Manual de Logopedia*. Barcelona: Masson.
- Piaget, J. (1983). Esquemas de acción y aprendizaje del lenguaje. En: Centre Royamount Pour une Science de l'homme. *Teorías del lenguaje, teorías del aprendizaje: el debate entre Jean Piaget y Noam Chomsky*. Barcelona: Crítica.
- Pichón, E. y Borel-Maysonny, M. (1979). *La tartamudez. Naturaleza y Tratamiento*. Barcelona: Toray-Masson.
- Riley, G. & Riley, J. (1985). *Oral motor assessment and treatment: Improving syllable production*. Austin: Pro-Ed.
- Riley G. (1981). *Stuttering Prediction Instrument for young children*. Austin: Pro-Ed.
- Rodríguez-Morejón, A. (2009). *La Tartamudez: naturaleza y tratamiento*; España. Barcelona: Herder.
- Rondal, J.A. (1982). La adquisición del lenguaje en sujetos deficientes mentales moderados y severos. *Bulletin de Psychologie Scolaire et d'Orientation*, 31, 15-28.
- Salgado, A. (2004). *Tartamudez*. Madrid: Síntesis.
- Sangorrín, J. (2005). Disfemia o tartamudez. *Revista de Neurolingüística*, 41, 43-46.
- Santacreu, J. y Froján, M. (2012) *La tartamudez: guía de prevención y tratamiento infantil*. Madrid: Pirámide.

- Shapiro, D. (1999). *Stuttering intervention: a collaborative journey to fluency freedom*. Austin: Pro-Ed.
- Silverman, F.H. (1990). Are professors likely to report having “beliefs” about the intelligence and competence of students who stutter? *Journal of Fluency Disorders*, 15, 319-321.
- Silverman, F. H. (1996). *Stuttering and other fluency disorders*. Needham Heights, Ma: Allyn & Bacon.
- Simms, M. (2016). Language development and communication disorders. In: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW, Schor NF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 20th ed. Philadelphia: Elsevier.
- Starkweather, C. W. (1987). *Fluency and stuttering*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall.
- Stournaras, E.F. (1987). *Cognición y tartamudez*. Salamanca: Amarú.
- Vallés, A. (1990). *PAF: Evaluación de la dislalia. Prueba de articulación de fonemas*. Madrid: Cepe.
- Van Riper, C. (1973). *The treatment of stuttering*. Englewood-Cliff: Prentice-Hall.
- Van Riper, C. (1982). *The nature of stuttering*. Englewood-Cliff: Prentice-Hall.
- VV. AA. (2006). *Dime cómo hablas y te contaré un cuento: cuentos extremeños adaptados para la reeducación del habla*. Junta de Extremadura y Conserjería de Educación.
- Vygotski, L. (1964). *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: La Pléyade.
- Westbrook, L., Bauman, L. & Shinnar, S. (1992). Applying stigma theory to epilepsy: a test of a conceptual model. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 633-649.
- Wingate, M. (1997). *Stuttering: A short history of a curious disorder*. Wetsport, CN: Bergin y Garvey.

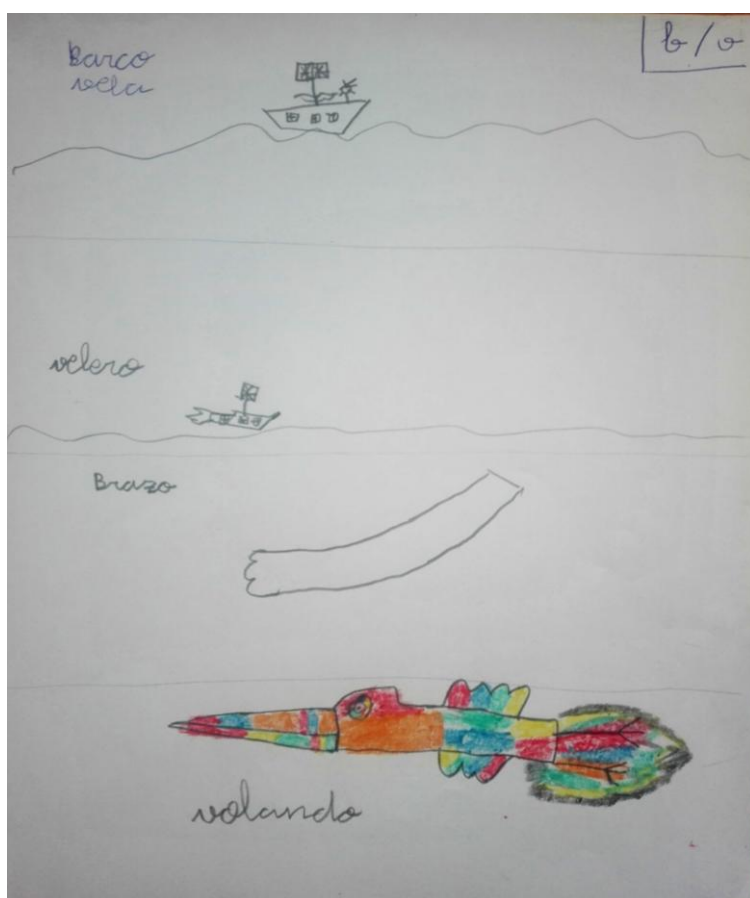
- Yairi, E., Ambrose, N. & Cox, N. (1996). Genetics of stuttering: A critical review. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 771-784.
- Yairi, E. & Ambrose, N. (1992). Onset of stuttering in preschool children: Selected factors. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 782-788.
- Yairi, E., Ambrose, N., Paden, E. & Throneburg, R. (1996). Predictive factors of persistence and recovery: Pathways of childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 29, 53-77.
- Yuker, H. (1988). *Attitudes toward persons with disabilities*. New York: Springer.
- Zorzi, J. L. (2012). Distinguiendo alteraciones del habla y del lenguaje. Centro de especialización en Fonoaudiología clínica. Disponible en: <http://www.cefac.br/library/artigos/38d6434cc634a8b3f448c6ebfe966320.pdf>

Anexos

Anexo 1. Dibujo libre (sesión 3)



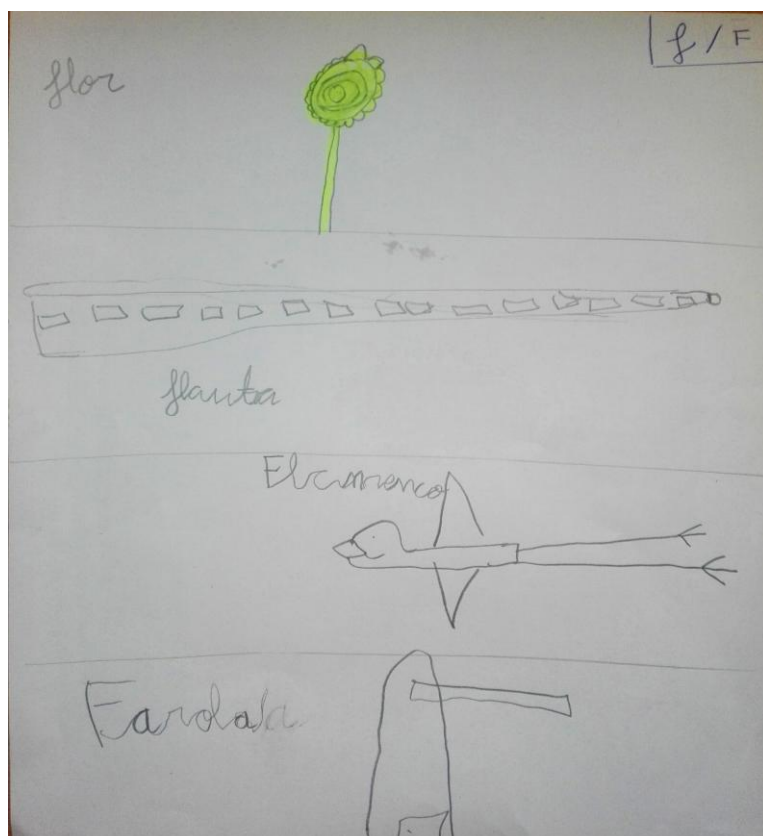
Anexo 2. Dibujo fonema /b/ (sesión 4)



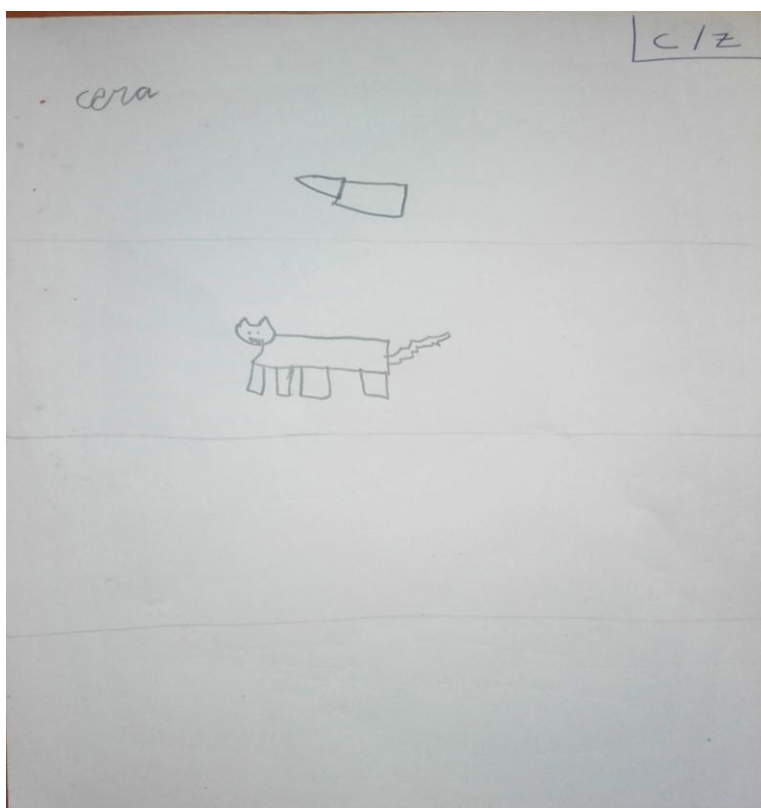
Anexo 3. Dibujo fonema /d/ (sesión 5)



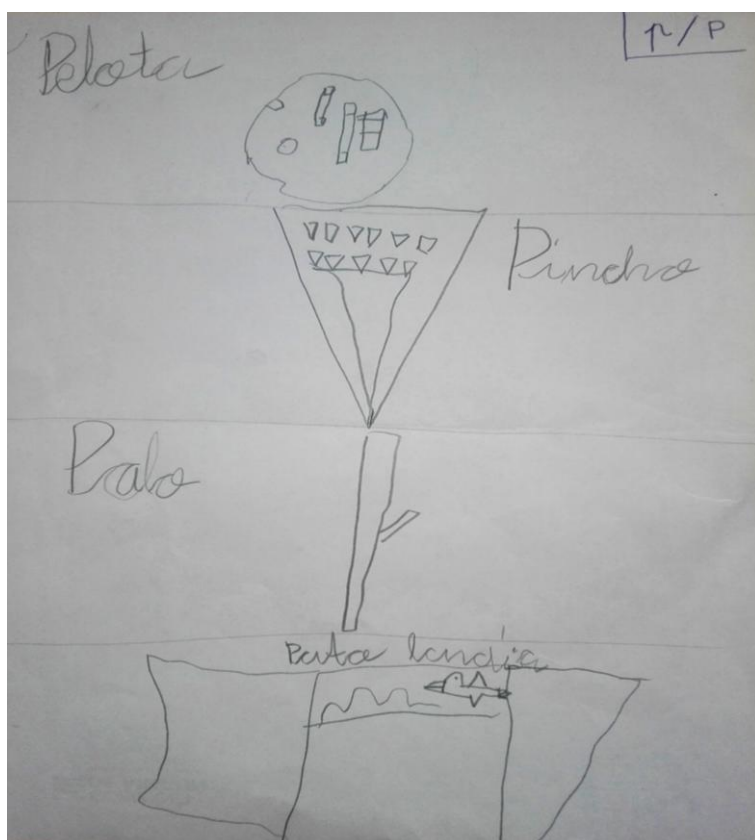
Anexo 4. Dibujo fonema /f/ (sesión 6)



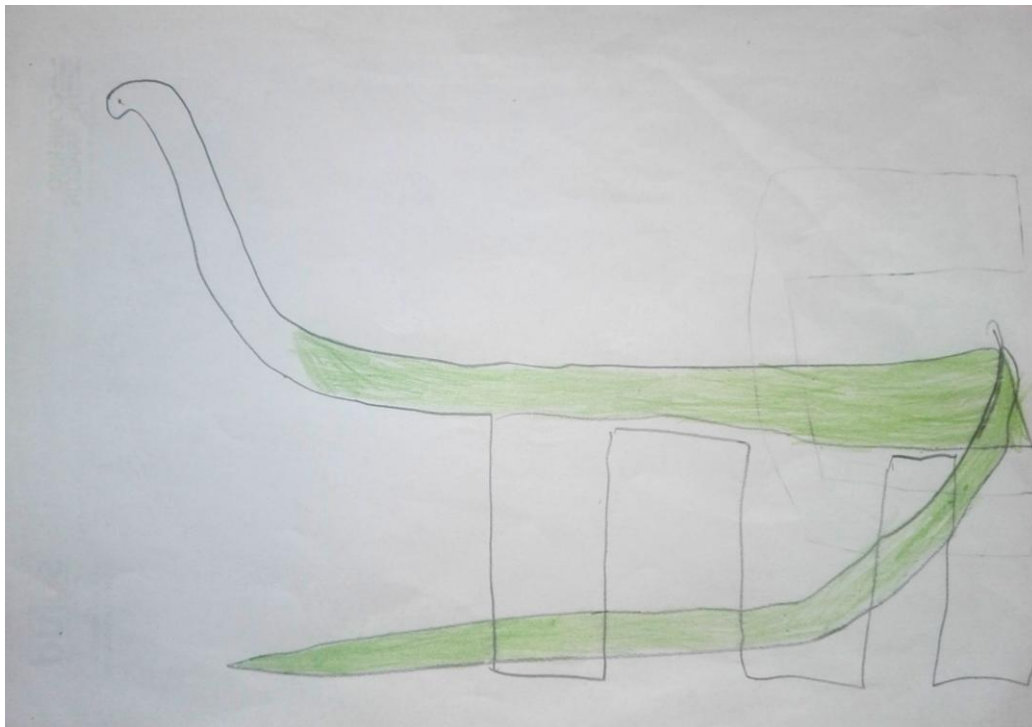
Anexo 5. Dibujo fonema /c-z/ (sesión 7)



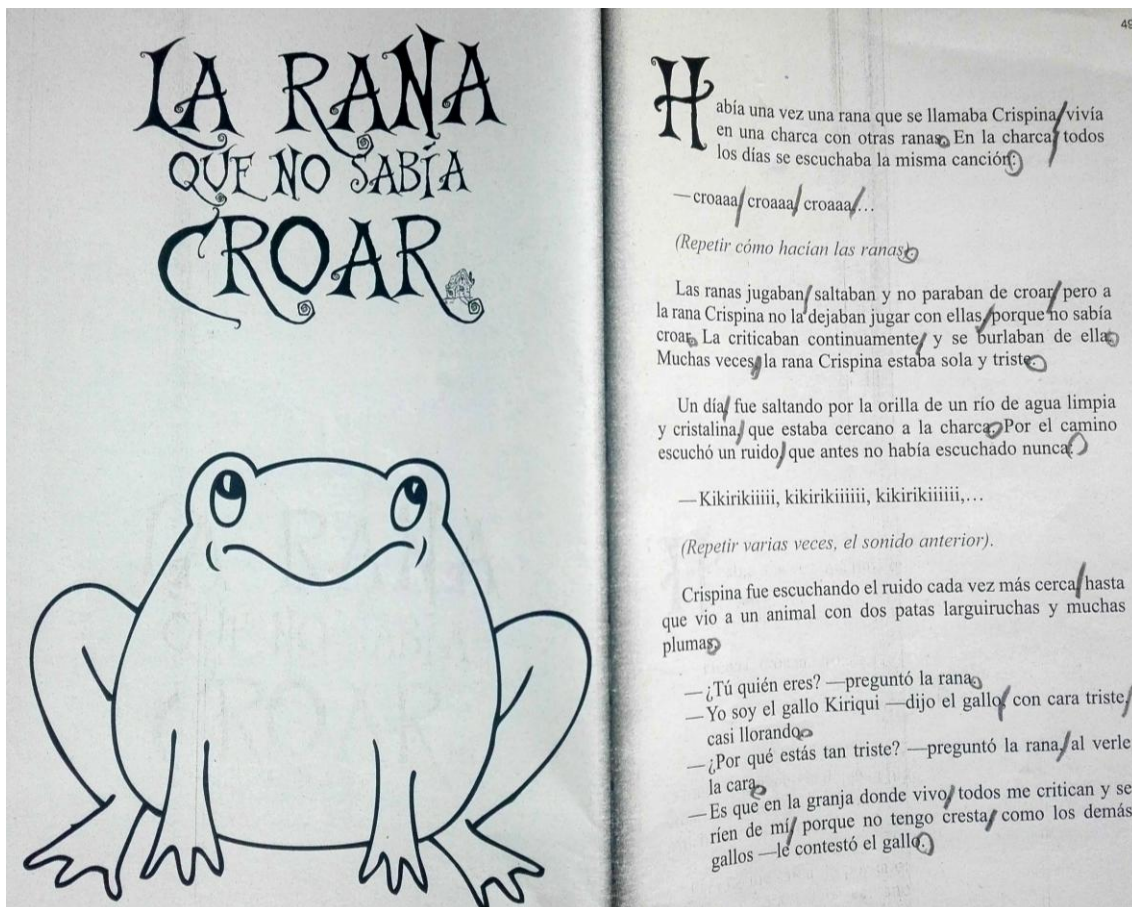
Anexo 6. Dibujo fonema /p/ (sesión 8)



Anexo 7. Dibujo de un dinosaurio (sesión 10)



Anexo 8. La rana que no sabía croar (sesión 11)



La rana Crispina le contó que ella estaba allí porque también la criticaban mucho y se burlaban de ella.

Los dos siguieron avanzando por la orilla del río se iba haciendo de noche y estaban muy cansados. Decidieron dormir un rato (inspirar por la nariz y echar el aire por la boca, emitiendo ronquidos. Repetirlo varias veces).

De pronto escucharon un ruido que los despertó.

—criii, criii, criii, criii,...

Miraron, para todos los lados, pero no vieron a nadie.

—criii, criii, criii, criii,...

(Repetir el sonido anterior varias veces).

La rana y el gallo se miraban pero sin ver a nadie que hiciera aquel ruido.

—¡Hola, hola!, estoy aquí en el suelo —dijo un grillo que estaba al lado de unas hierbas.

—¿Qué hacéis por aquí? —preguntó el grillo.

Crispina y Kiriki le contaron su historia.

—No os preocupéis, que yo os voy a ayudar —dijo el grillo de forma alegre para que se animaran.

A la mañana siguiente, los tres fueron caminando hacia un lugar que el grillo conocía, y era donde les iban a ayudar al gallo y a la rana que iban muy intrigados durante el camino.

Llegaron a una parte del río de pronto escucharon.

La rana Crispina...
Cuentos para hablar...
51

—cua, cua, cua, cua,...

Se quedaron parados, cuando del río salió un hermoso pato diciendo:

—cua, cua, cua, cua,...

(Hacer como el pato).

—¿Dónde vas amigo grillo? —preguntó el pato, alegrándose al ver al grillo.

El grillo le contó lo que les pasaba al gallo y a la rana.

—Esos problemas son fáciles de solucionar —dijo el pato con voz mágica.

La rana Crispina y el gallo Kiriki se miraban impacientes, deseando saber cómo solucionaría el pato sus penas.

Entonces, el pato llamó al gallo y le dijo:

—Colócate encima de esa roca y repite conmigo cada vez más rápido: kiri, kiri, kiri, kiri, kiri, kiri,...

El gallo, empezó a decir lo que le había dicho el pato (Repetir lo que tenía que decir el gallo), y a medida que iba repitiendo aquello, fue apareciendo una pequeña cresta en su cabeza, que fue creciendo y creciendo hasta convertirse en la más hermosa cresta, que podía tener un gallo.

El gallo se vio reflejado en un cristal, que había allí cerca; cuando se miró varias veces, empezó a dar saltos de alegría, porque ahora era un gallo como todos, con su hermosa cresta.

La rana Crispina estaba contenta por su amigo el gallo, pero ella seguía impaciente, por saber qué pasaría con ella.

El pato, se dirigió a Crispina, ofreciéndole un pequeño trozo de caña de azúcar, de una plantación que había cerca del río. Le dijo que empezara a comerlo (mover la lengua de un lado a otro como si estuviéramos comiendo). La rana se lo fue comiendo, sabiéndole cada vez mejor, estaba tan dulce que se relamía, porque le estaba gustando mucho (pasar la lengua por los labios varias veces). Hubo un momento que se le quedó pegado un poco en el paladar, se lo fue a quitar con la lengua (tocar varias veces con la lengua en el paladar), y en ese momento casi se atraganta, haciendo:

—crrr, crrr, crrr, crrr, crrr,...

(Hacer lo mismo que la rana al atragantarse).

La sorpresa fue cuando, sin darse cuenta, otra vez empezó a hacer lo mismo, pero diciendo:

—crrrooaaa, crrrooaaa, crrrooaaa, croaa, croa, croa, croa,...

Cuando la rana se dio cuenta de lo que estaba haciendo, cada vez lo repetía más rápido (hacer lo mismo que la rana).

Le preguntaron al pato qué había hecho para que el gallo tuviera cresta y la rana aprendiera tan rápido a croar. Les dijo que aquello era un gran secreto. Ellos no preguntaron más, les pareció un secreto maravilloso, y no paraban de dar saltos de alegría, dándole las gracias al pato y al grillo por lo que habían hecho por ellos.

Se despidieron del pato, y el gallo Kiriki se fue a su granja, donde era el gallo más hermoso de todos, y la rana Crispina era la más admirada, en su charca porque era la que mejor sabía croar.

Desde entonces el gallo, el grillo, el pato y la rana se reunían algunas veces inventando canciones para divertirse:

—cri cri cri cri, ya estamos aquí,
—kiki kirikiiii, nos vamos a divertir,
—cua, cua, cua, cua, vamos a jugar,
—croaa, croaa, croaa, ya podemos empezar.

(Inventar melodía, repitiendo la canción anterior).

Así pasaban muchos días, divirtiéndose, cantando y jugando, porque eran muy buenos amigos.

COLORÍN COLORADO...

Contestar y hacer

¿Cómo se llama la rana del cuento? ¿Y el gallo?

Cornelia y Pipin

Titina y Tito

Crispina y Kiki

Hacer el sonido que hacía el gallo.

Decir por qué estaban tristes, Crispina y Kiki.

¿A quién escucharon, mientras dormían?

Un grillo

Un gato

Un perro

Hacer los ronquidos que hacían al dormir.

Hacer el sonido del grillo.

¿A quiénes fueron a ver con el grillo?

A un mago

A un pato

A una mariposa

Decir para qué fueron a ver al pato.

Hacer el sonido del pato cuando los vio.

¿Qué le dio el pato a la rana para comer?

Caña de azúcar

Miel

Chocolate

Mover la lengua como la rana, cuando comía.
Hacer lo mismo al rechupetearse.

¿Qué le dijo el pato al gallo que hiciera, para que le saliera la cresta?

Decir ra ra ra

Repetir tilin tilin

Repetir Kiri kiri...

Decir lo que repetía el gallo.

Hacer el sonido de la rana, cuando terminó de comer la caña de azúcar.

Escuchar y hacer el siguiente sonido, relacionándolo con el animal que lo emite.

cri cri cri...

La rana

cua cua cua...

El gallo

croa croa croa...

El pato

kiki kiki kiki...

El grillo

Memoriza y repite la canción de los cuatro amigos:

— cri cri cri, ya estamos aquí,
kiki kiki, nos vamos a divertir,
cua, cua, cua, cua, vamos a jugar,
croaa, croaa, croaa, ya podemos empezar.